bb1.37

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LES

ASSURANCES SUR LA VIE

Ouvrages de M. Tardieu, chez les mêmes Libraires.

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ou Répertoire de toutes les Questions relatives à la santé publique considérées dans leurs rapports avec les Substances, les Epidémies, les Professions, les Etablissements et institutions d'Hygiène et de Salubrité, complété par le texte des Lois, Décrets, Arrêtés, Ordonnances et Instructions qui s'y rattachent. 2e *édition*. Paris, 1862, 4 forts vol. in-8. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* 32 fr.

Étude médico-légale sur l'avortement, suivie d'observations et de recherches pour servir à l'histoire des grossesses fausses et simulées. Paris, 1863, in-8. 3 fr. 50.

Étude médico-légale sur les attentats aux moeurs, 5e *édition*. Paris, 1866, in-8 de 224 pages avec 3 planches gravées. 3 fr. 50

Question médico-légale de la pendaison, distinction du suicide et de l'homicide. Paris, 1865, in-8. 1 fr. 25

Relation médico-légale de l'affaire Armand (de Montpellier). Simulation de tentative homicide, commotion cérébrale et strangulation. Paris, 1864, 1 vol. in-8, 84 pages. 2 fr.

Rapport général a S. E. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics sur le service médical des eaux minérales de la France pendant 1860, fait au nom de la commission permanente des eaux minérales de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1863, in-4° de 32 pages. 2 fr.

Nouvelles observations sur l'examen du squelette dans les recherches médico-légales concernant l'identité. (*Ann. d'hyg.*, 1863, t. XX, p. 114.)

Éloge de m. le professeur Adelon. Paris, 1863, in-4 de 30 pages. 1 fr. 25

Étude médico-légale sur la strangulation. (*Ann. d'hyg.*, 1859, in-8 de 90 pages.) 2 fr. 50

Mémoire sur l'examen microscopique des taches formées par le méconium et l'enduit foetal, pour servir a l'histoire médico-légale de l'infanticide (*Ann. d'hyg.*, 1857, t. VII, p. 350.) 1 fr.

Manuel de pathologie et de clinique médicale, 3e *édition*. Paris, 1865, 1 vol. in-12.

Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine, contenant la relation médico-légale complète de l'affaire Palmer. (*Ann. d'hyg.*, 2e série, 1856, t. VI, p. 371 et suiv.) 2 fr.

Étude hygiénique sur la profession de mouleur en cuivre. Paris, 1855, in-12. 1 fr. 25

Voiries et cimetières. Paris, 1852, in-8.

Mémoire sur les modifications que détermine dans certaines parties du corps l'exercice des diverses professions, pour servir a l'histoire médico-légale de l'identité. (*Ann. d'hyg.*, 1849, t. XLII, p. 388; t. XLIII, p. 131.) 1 fr. 50

Jusqu'a quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des névroses. Paris, 1844, in-4° de 60 pages. 2 fr.

De la morve et du farcin chronique chez l'homme. Paris, 1843, in-4. 5 fr. 50

Observations et recherches nouvelles sur la morve chronique et les ulcérations morveuses des voies aériennes chez l'homme et chez les solipèdes. (*Arch. gén. de méd.* Paris, 1841, in-8 de 32 pages et 1 planche.)

Sous presse :

Étude médico-légale sur l'empoisonnement. Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1866, 1 vol. in-8 avec figures.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LES

ASSURANCES SUR LA VIE

PAR

A. S. TAYLOR,
Professeur de médecine légale à Guy's Hospital de Londres;

ET

AMBROISE TARDIEU,
Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

PARIS
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
Rue Hautefeuille, 19.
1866

EXTRAIT

DES

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE,

2e SÉRIE, 1866, T. XXV.

Journal rédigé par : MM. Andral, Boudin, Brierre de Boismont, Chevallier, Devergie, Fonssagrives, Gaultier de Claubry, Guérard, Michel Lévy, Mêlier, Pr. de Pietra Santa, Ambr. Tardieu, Max. Vernois. Avec une *Revue des travaux français et étrangers*, par M. le docteur Beaugrand.

Publié depuis 1829, tous les trois mois, par cahier de 250 pages avec planches.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Pour Paris : 18 fr. par an. — Pour les départements (*franco*) : 20 fr.

On s'abonne à Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille.

R31890

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LES

ASSURANCES SUR LA VIE

AVANT-PROPOS.

[Le champ de la médecine légale est sans limite; et comme il comprend tous les cas où le médecin intervient dans un intérêt social, public ou privé, il s'étend et s'accroît sans cesse à mesure que surgissent des besoins nouveaux, et avec eux de nouveaux sujets de controverses. Les progrès de la civilisation et ses écarts, le développement de l'industrie, le mouvement des affaires, la surexcitation de l'esprit d'entreprise et de spéculation, l'entraînement et la violence des passions, en multipliant les collisions litigieuses et les poursuites criminelles, donnent naissance à des questions neuves, délicates, souvent obscures, que la science seule peut éclairer et résoudre. Beaucoup de ces questions, parmi les plus graves, sont exclusivement du domaine de la médecine; et les hommes qui sont voués à l'étude et à l'enseignement de la médecine légale, doivent se tenir constamment en éveil, prêts à revendiquer les faits qui lui appartiennent et à les soumettre au contrôle de la science. Je me suis, pour ma part, en toute occasion, efforcé de faire entrer dans le cadre de la médecine légale plus d'un sujet qui n'y avait pas encore pris place et dont la pratique m'avait appris à reconnaître l'importance.

Au nombre de ces sujets, celui des *assurances sur la vie* s'était depuis longtemps présenté à ma pensée et imposé en quelque sorte à mon attention. Des questions médicales graves et complexes sont en effet forcément soulevées, soit en ce qui touche la constitution et les bases fondamentales de ce genre d'assurances, soit au point de vue de l'intervention du médecin dans la détermination des conditions du contrat, soit enfin dans la constatation et la répression des fraudes qui peuvent en vicier l'exécution. Je m'apprêtais à réaliser mon dessein, lorsqu'a paru le *Traité de médecine légale, théorique et pratique*, du professeur A. S. Taylor (1), dans lequel se trouve un chapitre aussi neuf qu'intéressant concernant les assurances sur la vie; étude faite avec le talent et l'autorité qui appartiennent à notre savant confrère de Guy's Hospital, et auxquels ajoutent encore les conditions exceptionnellement favorables d'observation et d'expérience dans lesquelles il s'est trouvé placé dans un pays où, plus qu'en aucun autre, les divers systèmes d'assurances sont répandus et pratiqués.

Cette publication de M. Taylor est une bonne fortune pour la science, et je n'ai pas hésité à croire que le plus grand service à rendre au public médical français, était de la lui faire connaître. Je reproduirai donc ce travail, en demandant la permission de le compléter à l'aide de mes recherches personnelles, et d'intercaler, dans le cours même de l'exposition faite par l'éminent médecin légiste anglais, quelques documents nouveaux, quelques faits particuliers, que j'ai recueillis moi-même (2). J'espère par ce moyen

(1) A. S. Taylor, *The Principles and practice of medical jurisprudence.* London, 1865.

(2) J'aurai soin d'indiquer par un signe particulier les additions que j'aurai faites, en enfermant dans un double [ ] les parties intercalées dans le texte. Pour les notes, je me contente de dire dès à présent que j'en suis l'auteur.

ne rien enlever à l'intérêt du travail dont l'initiative revient à M. Taylor, et donner en même temps à l'étude en tête de laquelle j'ai pris la liberté de placer mon nom à côté du sien, plus de développement et une plus grande utilité.

Avant d'entrer en matière, et afin de faire mieux ressortir le caractère original de cette étude, il me paraît convenable et juste de rappeler que le livre de M. Taylor est le premier et le seul dans lequel ait été traitée la question médico-légale des assurances sur la vie. Il n'en est pas fait mention dans les ouvrages classiques, même les plus récents, sauf un cas que nous citerons, rapporté à titre d'exemple de faux certificat, par Casper; mais le sujet n'est nulle part envisagé dans sa généralité. Les seuls matériaux que l'on trouve sur cette matière dans les recueils périodiques spéciaux ont trait aux principes de statistique et aux calculs de probabilité qui doivent servir de base à l'établissement des polices d'assurances; les noms de Villermé, de J. Finlaison, de Quételet, sont attachés à ces importantes recherches. Un mémoire de Marc sur les contrats de rente viagère peut être mis à profit pour l'étude que nous poursuivons. Enfin, à un autre point de vue, les assurances sur la vie ont donné lieu à des discussions sur les devoirs particuliers du médecin et sur la conduite qu'il doit tenir quand il est interrogé par les compagnies sur la santé des personnes proposées à l'assurance, et nous avons à faire connaître les opinions qui se sont produites sur ces questions de déontologie, soit dans la presse, soit dans les sociétés de médecine. Mais on le voit, ce ne sont là que des points limités et qui ne sauraient en aucune façon donner l'idée de la gravité et de la multiplicité des questions médicales que peuvent faire naître les assurances sur la vie.

Un aperçu de celles qui sont passées en revue dans notre étude, en fera mieux comprendre la nature et la variété.

Elles embrassent, en effet : 1° les principes de l'assurance sur la vie ; 2° le programme des interrogations adressées tant aux personnes qui contractent des assurances qu'aux médecins ; nous donnerons le spécimen de questionnaires usités dans les principales compagnies anglaises, françaises, allemandes et espagnoles ; 3° les règles de l'intervention des médecins appelés, soit à fournir des renseignements sur leurs clients proposés à l'assurance, soit à contrôler ces renseignements dans l'intérêt des compagnies et à les diriger dans leurs décisions ; 4° la détermination des maladies qui ont une tendance à abréger la vie ; 5° l'appréciation des effets produits sur la durée de la vie par certains vices de conformation, infirmités, habitudes physiques, intempérance, alimentation spéciale, usage de l'opium, du tabac, phthisie, épilepsie, folie ; 6° constatation des causes de mort accidentelle ; 7° constatation du suicide et de l'homicide considérés comme motifs d'annulation des contrats d'assurance. Telles sont, dans leur ensemble, les questions que doit examiner une étude médico-légale des assurances sur la vie, telle sera la division de celle qui va suivre.

AMB. T.

I. — PRINCIPES DE L'ASSURANCE SUR LA VIE.

L'assurance sur la vie, au point de vue médico-légal, est un sujet particulier à la jurisprudence médicale de la Grande-Bretagne (1). Cela vient de l'extension qu'ont prise

(1) Cette proposition du professeur Taylor ne peut être contestée pour le passé, mais elle ne saurait être admise pour le présent ni pour l'avenir. Quoique la France soit encore très-loin de l'Angleterre en ce qui touche la pratique des assurances sur la vie, et que celles-ci datent dans notre pays d'une époque beaucoup plus récente, il est important de faire remarquer que les assurances sont chez nous en voie de très-grand accroissement, que le nombre des Compagnies qui assurent la vie s'élève aujourd'hui à Paris à 70 ou 80, et que le chiffre des opérations de ces compagnies a, pour quelques-unes d'entre elles, presque décuplé dans ces dernières années. Il est donc d'un haut intérêt que les questions

dans ce pays les assurances sur la vie, et de la nature particulière des précautions légales qui régularisent cette sorte de contrats.

L'assurance sur la vie est un contrat par lequel l'assureur entreprend, pour une certaine somme d'argent appelée *prime*, payée en une fois ou échelonnée en plusieurs versements périodiques (proportionnée, du reste, à l'âge, au sexe, à la profession, à la santé, ou à d'autres particularités de la personne dont la vie est assurée), de payer à la personne, au bénéfice de laquelle l'assurance est faite, une somme stipulée ou une annuité équivalente, et ce à la mort de l'individu dont la vie est assurée, à quelque moment que cette mort arrive, lorsque l'assurance est pour toute la vie; lorsque l'assurance est pour une période limitée, la Compagnie paye si la mort arrive pendant cette période.

L'acte qui règle ce contrat est appelé *police*, et c'est sur les stipulations de la police, et sur le sens qu'il faut attacher à certaines expressions médicales qu'on y emploie, que d'ordinaire il s'élève des difficultés. Le montant de la prime à payer doit être réglé d'après la durée probable de la vie de l'individu, et l'on sait bien que cette durée moyenne ne dépend pas seulement de l'âge, mais qu'à certaines périodes de la vie, elle est plus grande chez les femmes que chez les hommes (1). Un fait cependant est

médico-légales qui se rattachent aux contrats d'assurances, cessent d'être le monopole de nos confrères d'outre-Manche et soient aussi bien connues et aussi complétement étudiées en France qu'en Angleterre

(1) On consultera avec fruit les travaux suivants : *Application de la loi de la mortalité aux rentes viagères et aux assurances sur la vie*, par Villermé (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 2e série, t. II, p. 214); *On the evidence and elementary facts on which the tables of life annuities are founded*, by M. J. Finlaison. London, 1829; *Considérations sur les tables de mortalité, à l'occasion d'un travail de M. Quételet sur le même sujet*, par Villermé (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 2e série, t. I, p. 7).

certain, c'est que les compagnies d'assurances qui ont le mieux réussi, ont estimé beaucoup trop bas la durée moyenne de la vie chez les adultes, et ont fait ainsi d'énormes profits en demandant, de la part des assurés, des primes plus considérables que ne le justifiait une estimation raisonnable de la mortalité moyenne. Les calculs de plusieurs des compagnies les plus anciennes étaient fondés sur ce qu'on appelle la Table de Northampton, qui représente à un degré exagéré la mortalité, non-seulement de la classe de personnes qui d'ordinaire contractent les assurances, mais de la population tout entière. C'est ainsi que l'on a improprement employé cette table pour déterminer la mortalité des hommes dans la classe moyenne, qui est celle qui vit le plus longtemps. En outre, comme M. Edmonds l'a démontré, plusieurs compagnies ont exclu entièrement de leurs assurances la classe des malades, qui contribue nécessairement, pour la plus grande part, à la mortalité indiquée dans la table. De ce que l'on exclut ainsi les malades, et de ce que l'on requiert des certificats médicaux très-rigoureux relativement à la santé de ceux qu'on assure, il suit que la mortalité parmi les assurés est bien moins grande que ne l'indiquent les tables de mortalité d'après lesquelles on calcule le montant de la prime.

La somme pour laquelle la vie d'une personne a été assurée, ne peut être recouvrée qu'après la mort de la personne et la preuve évidente de cette mort. Ceux au profit desquels est faite l'assurance, doivent prouver le décès lorsqu'il y aura lieu d'en douter.

Nous pouvons citer un cas dans lequel on réclama à une compagnie d'assurances le montant d'une police sur la vie d'un homme qui disparut soudainement à Brighton, une semaine après que l'assurance avait été faite. Les vêtements de cet homme furent trouvés sur la berge et le jury fut amené par ce fait à prononcer que l'homme s'était noyé

et que son corps avait été porté à la mer. Personne ne l'avait vu entrer dans l'eau, le jury ne rendit aucun verdict. Il était bien possible que les vêtements eussent été placés là à dessein, et que l'homme s'en fût allé dans une autre direction et fût encore vivant (1).

Différentes règles ont été données dans ces derniers temps pour calculer la durée probable de la vie à différents âges. Il est difficile de dire si elles sont exactes, excepté si l'on prend un grand nombre de personnes vivant dans des circonstances semblables, et les statistiques ne sont pas faites pour les groupes de population ainsi disposés. L'âge est le point d'où partent presque toutes les tables de mortalité, sans avoir égard à la santé, à la profession, à l'occupation ou à la position sociale de l'individu. L'une des plus simples de ces règles pour calculer la durée de la vie de cinq à soixante ans a été donnée par Willich : il considère cette durée comme égale aux 2/3 de la différence entre l'âge de l'individu et 80. Ainsi, pour un homme âgé de 20 ans, cette différence est 60, dont les 2/3 font 40 : qui est la durée probable de la vie d'une personne de bonne santé, âgée de 20 ans. Chaque compagnie a ses règles spéciales pour calculer le montant de la prime à payer par la personne qui contracte une assurance. Comme les compagnies d'assurances sont très-nombreuses, et que cependant leurs profits sont grands, il est évident que leurs calculs doivent être beaucoup en leur faveur. La durée probable de la vie des assurés est d'ordinaire beaucoup plus grande qu'elles ne l'estiment; mais en même temps le montant de la prime est tenu assez bas par la concurrence.

Pour ce qui est de l'influence de la profession, certaines

(1) Nous citerons plus loin un exemple très-singulier de décès simulé dont les circonstances méritent d'être connues, et que nous rapprochons des cas de mort volontaire accomplie en vue de frauder les compagnies.

compagnies demandent une prime plus grande pour assurer la vie des personnes que leurs occupations exposent à de grands risques, comme, par exemple, celles qui sont engagées dans un service naval ou militaire. La règle que l'une des meilleures compagnies d'assurances de Londres adopte relativement à ces professions, est la suivante : On ne demande aucune prime exceptionnelle de la part d'une personne qui est dans l'armée ou dans la marine, excepté si elle est actuellement en activité ; mais l'assurance est annulée si la personne dont la vie est assurée entre au service, à moins que le consentement des directeurs ne soit inscrit au dos de la police.

II. — DES QUESTIONS RELATIVES A L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ASSURÉES.

Avant toutes les autres conditions, l'*état général de la santé* a la plus grande influence sur la durée moyenne de la vie ; et c'est ici que la science médicale vient prêter son secours : 1° en indiquant jusqu'à quel point on peut sans danger faire un contrat avec une personne qui est affectée d'une maladie ; 2° en montrant si un état maladif du corps existait réellement chez la personne assurée, quoiqu'il eût été allégué à l'époque de l'assurance qu'elle était en bonne santé et exempte de maladies.

Par de bonnes méthodes de diagnostic, on peut reconnaître facilement, au moyen d'un examen attentif, l'existence d'une maladie, et même on peut la déduire d'emblée de symptômes décrits par des personnes n'appartenant pas à la profession. D'un autre côté, l'influence d'une maladie particulière pour abréger la vie est maintenant tellement mieux connue qu'autrefois, que beaucoup de compagnies ont été établies dans ces derniers temps spécialement pour assurer la vie des personnes malades, aussi bien que des

personnes en bonne santé, en calculant le montant de la prime d'après la nature de la maladie et le degré auquel elle est arrivée. Dans ces cas, on assure les personnes comme si elles avaient atteint un âge plus avancé, et l'on calcule le montant de la prime en supposant que la personne est de dix, quinze ou vingt ans plus âgée qu'elle ne l'est en réalité.

Comme dans tous les contrats civils, la loi exige qu'il y ait commun accord de l'une et de l'autre partie dans les conditions qui se font; il résulte de là que, si une fraude a été commise par l'assuré, si lui, ou ceux dont il garantit la santé dans l'affaire qu'il traite avec la compagnie, ont caché aux assureurs l'existence d'une maladie dont ils souffraient à cette époque ou quelques symptômes précurseurs d'une maladie; que si lui ou eux ont, en connaissance de cause et de propos délibéré, mal exposé ou mal décrit son état sanitaire réel, le contrat sera nul et le montant des primes acquis à la Compagnie. Cette confiscation est d'ordinaire une des clauses prévues dans la police. Les procès à propos de polices d'assurances sont fréquents, et malheureusement les certificats donnés par les médecins dans ces circonstances au sujet de la santé de l'individu sont assez contradictoires. Ces divergences ne font en aucun cas honneur à la profession médicale, car ils prouvent le peu de loyauté des experts ou l'insuffisance de la science médicale ou l'inutilité de ses données au point de vue pratique.

Un écrivain en commentant ces contradictions s'exprime ainsi : « Une des parties de notre loi qui laisse le plus à désirer est celle qui a trait au témoignage des experts. Il est impossible d'exclure complétement le témoignage, mais il est certain que rien ne jette autant de discrédit sur l'administration de la justice. Ce témoignage entraîne la même conséquence dans tous les cas où il se présente : c'est-à-

dire qu'il n'y a jamais eu aucune difficulté à obtenir une somme de témoignages relatifs à la constitution de l'individu, soit dans un sens, soit dans un autre. »

Il est par conséquent nécessaire d'examiner les circonstances dans lesquelles les médecins sont appelés à intervenir.

Un procès n'est jamais intenté pour recouvrer le montant d'une police, si ce n'est dans les cas où il y a un motif de soupçonner qu'une fraude volontaire a existé dans le contrat. Les jurys voient toujours ces procès d'un mauvais œil, et quand les juges interprètent strictement la loi, la preuve à fournir retombe à la charge des Compagnies, d'où il résulte que les assurés sont placés dans une position très-avantageuse. Ces procès, dans neuf cas sur dix, dépendent de l'interprétation des expressions médicales que renferme le contrat. Il en résulte qu'il est de notre devoir d'examiner comment des erreurs médicales dans la police sont propres à donner matière à procès.

Spécimen de questionnaires usités dans les principales Compagnies. — Les conditions d'assurances varient dans les différentes compagnies.

Les suivantes sont copiées sur les imprimés d'une des principales Compagnies de Londres.

Questions. — Nom, demeure et profession de la personne dont il s'agit d'assurer la vie? Lieu de naissance? Date de naissance? Le jour de âge (au *prochain* anniversaire) années? (*Il faut qu'on fournisse des preuves*). Marié ou non? Montant de l'assurance, époque de l'échéance? Avez-vous jamais été affecté de goutte, de hernie, d'asthme? Avez-vous jamais eu une ou plusieurs attaques de crachements de sang, ou quelque autre indisposition ou maladie qui tende à abréger la vie? Avez-vous eu la petite vérole, avez-vous été vacciné? Y a-t-il quelqu'un de vos parents qui soit mort phthisique? Menez-vous maintenant et avez-vous toujours mené une vie sobre? Êtes-vous engagé dans quelque service naval ou militaire? Dites s'il existe quelque autre fait important touchan

votre état de santé passé ou actuel ou vos habitudes de vie, que ne comprennent pas les questions précédentes? Nom et demeure de votre médecin habituel? — M'a soigné pendant années. — Noms, demeures et profession de *deux* amis connaissant bien votre santé et vos habitudes. — M. m'a connu pendant années; M. m'a connu pendant années. — Avez-vous jamais cherché à assurer votre vie auprès de quelque compagnie? S'il en est ainsi, où était-ce? L'a-t-on acceptée à la prime ordinaire? L'a-t-on augmentée ou diminuée? — Moi (nommé, susnommé ci-dessus), déclare par la présente que les constatations précédentes, que les réponses et répliques faites par moi aux questions et demandes mentionnées ci-dessus, et à chacune d'elles en particulier, sont vraies en substance et en réalité. Et que je n'ai ni omis, ni caché aucun fait, ni aucune chose touchant ou affectant en aucune manière ma santé, ma constitution ou mes habitudes. Je déclare, de plus, qu'il est expressément entendu entre moi et la Compagnie, que les clauses et conditions ci-dessus mentionnées ainsi que cette déclaration, doivent être considérées et prises comme base du contrat d'assurance entre moi et la compagnie pour cette assurance. Et, en cas où les clauses, conditions et déclarations précédentes seraient fausses ou contiendraient n'importe quoi d'inexact, la police d'assurances faite ensuite de ces conditions sera, dans l'un ou l'autre de ces cas, absolument nulle et non avenue, et les primes déjà payées pour cette assurance deviendront et seront absolument acquises à la Compagnie et ne pourront être reçues et recouvrées, ni par moi, ni par mes représentants. Daté le jour mois 186 . Signature de la personne

Les questions suivantes sont soumises au médecin ordinaire de la personne qui se propose d'assurer sa vie.

1° Depuis combien de temps la connaissez-vous?

2° Êtes-vous son médecin habituel? et l'avez-vous vue pour le rapport que vous faites?

3° Quand a-t-elle été pour la dernière fois malade? Quelle a été la nature et la durée de l'indisposition pour laquelle vous l'avez soignée?

4° Avez-vous eu connaissance ou avez-vous quelque raison de croire qu'elle a eu des étourdissements ou quelque affection du cerveau ou quelque transport de sang à la tête? A-t-elle eu des attaques d'apoplexie, de paralysie, d'épilepsie ou autres, des dérangements du cerveau ou de l'aliénation mentale?

5° A-t-elle eu des maladies de poitrine. A-t-elle habituellement de la toux, de la dyspepsie, des crachements de sang, de l'asthme,

de l'inflammation ou quelques autres maladies des poumons ou quelque maladie du cœur?

6° A-t-elle jamais été affectée d'hydropisie. A-t-elle eu quelque inflammation ou désordre grave des intestins ; quelque maladie du foie ou des reins ou des autres organes urinaires, ou quelque affection du tube digestif?

7° A-t-elle été affectée de goutte ou de rhumatisme? S'il en est ainsi, dans quelle forme? Les attaques ont-elles été fréquentes?

8° A-t-elle jamais été affectée de hernie? S'il en est ainsi, où en était le siége? Est-elle réductible? Est-elle maintenue par un bandage?

9° A-t-elle eu quelques blessures ou contusions sérieuses ou quelques autres accidents causant une infirmité corporelle quelconque?

10° La considérez-vous maintenant comme en parfaite santé?

11° A-t-elle été et est-elle maintenant sobre et tempérante?

12° Est-elle d'habitudes actives ou sédentaires?

13° Ses occupations l'exposent-elles à des maladies?

14° Ses parents ont-ils une bonne santé et ont-ils vécu longtemps ou non?

15° Quelqu'un de ses proches est-il mort de consomption ou de quelque autre maladie héréditaire?

16° Constatez toute autre circonstance importante touchant sa santé ou ses habitudes que les questions précédentes ne comprendraient pas, et qui pourraient avoir de l'influence sur le contrat. Datez ce jour , mois , année . Signature.

Pour montrer combien ces demandes sont pressantes et comment chaque série de questions est faite pour en contrôler une autre, il suffit de se reporter à la liste suivante des questions qui sont posées aux particuliers qui connaissent la personne. Voici le bulletin qui doit être rempli et qui doit accompagner la demande d'une assurance sur la vie.

Dites si vous connaissez la personne qui se propose d'assurer sa vie et depuis combien de temps? Avez-vous jamais su ou entendu dire qu'elle fût malade et, s'il en est ainsi, notez l'espace de la maladie et la nature des douleurs. Dites si maintenant elle est à votre connaissance et dans votre opinion en parfaite santé. Ses habitudes et sa manière de vivre sont-elles sobres et régulières? (Ayez la bonté de diriger votre attention particulière sur cette question.)

Son apparence extérieure indique-t-elle la santé et une bonne constitution? A-t-elle quelque difformité apparente, et laquelle? Quand l'avez-vous vue pour la dernière fois? Est-elle maigre ou de moyen embonpoint? Faible ou vigoureuse? A-t-elle un teint pâle, brun ou rosé? Est-elle mariée ou célibataire? A-t-elle eu des frères ou des sœurs? S il en est ainsi, combien? Nombre de ceux qui vivent encore? Age auquel les autres sont morts, et cause de leur mort. Dites si les parents vivent encore, et sinon, l'âge auquel ils sont morts et les causes de leur décès? Communiquez tous les détails que vous pourrez vous procurer sur la santé et la longévité des personnes de sa famille. Dites aussi si quelqu'une d'elles est morte de consomption, ou est sujette à des attaques de nerfs ou à des dérangements d'esprit? Les personnes auxquelles on s'est adressé touchant la vie de l'assuré, sont-elles dignes de crédit? Le médecin auquel on en a référé est-il le médecin habituel de la personne? Considérez-vous sous tous les rapports la vie en question comme saine et propre à être assurée par la Compagnie aux conditions ordinaires, et la recommanderez-vous comme telle aux directeurs? Dites si cette personne a cherché à s'assurer auprès d'une autre Compagnie et si, dans ce cas, l'assurance a été acceptée ou refusée. Si l'assurance est proposée par une personne sur la vie d'une autre; cherchez à savoir et indiquez dans quel but elle est faite.

[A ces modèles, cités par M. Taylor, je crois utile de joindre les programmes de questions employés tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne et en Espagne. La comparaison peut n'être pas sans intérêt.

COMPAGNIE D'ASSURANCES GÉNÉRALES SUR LA VIE (PARIS).

Monsieur le docteur, je propose à la *Compagnie d'assurances générales sur la vie* une affaire pour laquelle il est indispensable que vous fassiez connaître votre opinion sur l'état habituel et actuel de ma santé.

Je viens, en conséquence, vous prier de vouloir bien remplir le certificat, d'autre part.

Comme je désire que vous ne soyez retenu par aucun scrupule dans l'expression exacte et consciencieuse de votre pensée, veuillez adresser votre certificat directement à M. , représentant de la Compagnie à ; je n'en aurai aucune connaissance, que ma proposition soit acceptée ou refusée, pour un motif ou pour un autre.

Certificat délivré par le médecin de l'assuré. — M. le docteur est prié de vouloir bien répondre aux questions suivantes :

1° Depuis quand connaissez-vous M. (Nom et prénoms)?

2° Lui avez-vous donné des soins? A quelle époque?

3° Quelles maladies a-t-il eues, à votre connaissance?

4° Quelles sont sa constitution et sa santé habituelle?

5° Est-il sujet à des maladies, indispositions ou infirmités habituelles?

6° A-t-il une hernie, est-elle bien contenue?

7° Existe-t-il, à votre connaissance, dans sa famille des maladies héréditaires?

8° A-t-il encore ses père et mère? S'il ne les a plus, à quel âge sont-ils morts et de quelle maladie?

9° Si c'est une femme, est-elle enceinte? A-t-elle eu des enfants, ses couches ont-elles été heureuses?

10° Quelles sont ses habitudes de régime et de vie?

11° Pensez-vous que l'on puisse, sans crainte, placer des capitaux sur sa tête?

Je, soussigné, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

Certificat délivré par le médecin de l'agence de... — M. (Nom et prénoms) propose à la Compagnie d'assurer sur sa tête, en cas de décès, un capital de fr.

Par cette combinaison, la Compagnie devant payer, le jour de la mort du proposant, le capital garanti moyennant une prime annuelle insignifiante, eu égard à l'importance de ce capital, il est indispensable que l'assuré se trouve dans d'excellentes conditions de santé.

Afin de faire constater son identité, le médecin est invité à faire signer l'assuré ci-dessous: cette formalité devra être remplie avant l'examen.

Signature de l'assuré.

(La Compagnie générale laisse son propre médecin libre de formuler son certificat comme il l'entend, sans lui poser aucune question spéciale.)

La personne à assurer devra répondre aux questions suivantes :

1° Avez-vous été vacciné?

2° Êtes-vous maintenant en bonne santé? S'il s'agit d'une femme, elle devra déclarer si elle est enceinte.

3° Avez-vous une hernie ou quelque autre infirmité?

4° Avez-vous eu à votre connaissance quelques maladies réputées graves? Quelles ont été ces maladies?

5° Quel est votre médecin habituel? Où demeure-t-il?

6° Existe-t-il dans votre famille quelques maladies héréditaires?

7° Êtes-vous déjà assuré en cas de décès? A quelle Compagnie? Pour quelle somme? Depuis quand?

8° Une assurance sur votre vie a-t-elle été refusée par quelques Compagnies, et à quelle époque? Quelles sont ces Compagnies?

Je, soussigné, après avoir lu attentivement mes réponses aux questions susénoncées, déclare qu'elles sont conformes à la vérité, et n'avoir rien caché qui puisse induire la Compagnie en erreur sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance proposée sur ma vie.

La présente proposition, de même que mes déclarations, devant servir de base au contrat à intervenir, j'accepte sans hésitation les conséquence de l'article 2 des conditions générales des polices, ainsi conçu :

« La déclaration constatant l'âge de l'assuré, le lieu de sa résidence, sa profession, l'état habituel de sa santé, sert de base au présent contrat; toute réticence, toute fausse déclaration de la part, soit du contractant, soit du tiers assuré, qui diminuerait l'opinion du risque ou en changerait le sujet, annule l'assurance. »

Signature de la personne à assurer.

CAISSE PATERNELLE (PARIS).

Rapport confidentiel de l'agent de la Compagnie à joindre aux propositions d'assurance.

Quels sont les nom, prénoms et domicile de la personne sur la tête de laquelle l'assurance repose?

Quelle est sa profession actuelle? En a-t-il exercé une autre? Laquelle?

Ses père et mère sont-ils vivants? Quel âge ont-ils? S'ils n'existent plus, à quel âge sont-ils morts? Par suite de quelle maladie?

Les membres de la famille de M. sont-ils sujets à quelques maladies organiques, à la phthisie, aux écrouelles, à l'aliénation? etc.

M. est-il sobre? Quelles sont ses habitudes hygiéniques? Est-il habituellement en bonne santé?

Est-il célibataire, marié ou veuf? A-t-il des enfants? (Si c'est une femme, combien a-t-elle eu d'enfants?)

Quels sont les motifs de l'assurance?

Est-il déjà assuré par une autre Compagnie? A-t-il fait des propositions d'assurance qui aient été repoussées, et pour quels motifs?

Quels sont la moralité et le crédit du proposant et de la personne à assurer?

Si l'assurance est faite par un tiers, quel est son nom, sa profession, son domicile? Quel est l'intérêt qui le porte à faire une assurance sur la vie de M.?

Je, soussigné, agent de la *Caisse Paternelle*, certifie les réponses

ci-dessus sincères et véritables. — Nota. Ces résultats sont entièrement confidentiels.

Certificat du médecin de l'assuré. — M. le docteur est prié de vouloir bien répondre aux questions suivantes :

1° Depuis quand connaissez-vous M.?

2° Lui avez-vous donné des soins comme médecin? à quelle époque? pour quelle maladie?

3° A-t-il été attaqué, à quelque époque, de démence, de goutte, d'épilepsie, de paralysie, de rétention d'urine, enfin de quelque maladie ou infirmité grave?

4° A-t-il fréquemment de la toux, des crachements de sang? A-t-il des oppressions et palpitations de cœur?

5° A-t-il une hernie? depuis quand? est-elle facilement comprimée?

6° N'a t-il aucun vice de constitution? S'il en existe, pensez-vous que ce soit le résultat d'un accident?

7° A-t-il l'habitude de se faire saigner périodiquement? Se sert-il habituellement de moyens particuliers pour se conserver en santé?

8° Est-il sobre et tempérant?

9° A-t-il des habitudes actives ou sédentaires?

10° Jouit-il habituellement d'une bonne santé?

11° Le croyez-vous disposé à quelque maladie de nature à abréger sa vie? (*N. B.* S'il est question d'une femme, il faudra faire connaître si elle a eu des enfants, si ses couches ont été heureuses, si elle a nourri et si elle est enceinte.)

12° Enfin, pouvez-vous certifier que M. est pourvu d'une constitution saine, et que l'on puisse, sans crainte, placer des capitaux sur sa tête?

Je, soussigné, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

PERSONNE VISITÉE :

Nom :

Prénoms :

Profession :

Domicile :

Signature de la personne visitée :

Certificat du médecin de la Compagnie. — Je, soussigné, docteur en médecine (1),

Fait à le 185

(1) Le médecin de la Compagnie constatera l'état de santé de la per-

CAISSE GÉNÉRALE DES FAMILLES (PARIS).

Renseignements confidentiels à annexer aux propositions d'assurances en cas de décès et mixtes. — Nom et prénoms de l'assuré, domicile,

Questions adressées par la Compagnie :

1° Depuis quand connaissez-vous M.?

2° Quels sont les motifs qui portent M. à souscrire une assurance? L'engagement qu'il désire contracter, est-il en rapport avec sa position de fortune?

3° Quelle est la constitution physique de l'assuré? Quelle est son apparence extérieure? (Indiquer s'il existe des difformités apparentes et, quand il s'agit d'une femme, si elle est enceinte.)

4° M. est-il marié? Combien a-t-il d'enfants? sont-ils bien portants?

5° Quelles sont la profession et les habitudes de M.? mène-t-il une vie sédentaire ou active? (Dire si le genre d'existence de l'assuré est en harmonie avec sa constitution, et s'il n'y a pas à craindre des préoccupations ou des excès qui puissent abréger ses jours.)

6° Des cas de mort prématurée se sont-ils produits dans la famille de l'assuré? et par quelles affections ont-ils été causés?

7° Enfin croyez-vous, en conscience, que l'assurance proposée par M. soit bonne et acceptable?

Je, soussigné, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

L'agent général,

Rapport du médecin. — Monsieur le docteur, j'ai l'honneur de vous prier d'examiner l'état de la santé et de la constitution de sur la tête de qui une assurance en cas de mort est proposée à la *Caisse générale des familles.*

Veuillez bien, monsieur, apporter autant de soin que d'impartialité à cet examen, dont les résultats serviront de base à la décision du conseil médical de la Compagnie.

Votre rapport se composera de deux parties distinctes : la première vous sera commune avec la personne sur laquelle portera

sonne présentée et s'assurera qu'elle a la poitrine en bon état et qu'elle n'est pas atteinte de goutte, épilepsie, paralysie, rétention d'urine, crachement de sang, palpitations de cœur, hernie et autres, qui pourraient compromettre sa longévité.

votre examen ; vous voudrez bien la lui faire signer ; la seconde ne devra pas être connue de cette personne, et sera toute confidentielle de vous au conseil médical de la Compagnie.

Les deux cadres qui suivent, vous indiquent les points sur lesquels la Compagnie a principalement besoin d'être fixée par des réponses très-nettes et très-précises.

Je dois vous faire observer, au sujet de la dernière question que vous aurez à résoudre dans la *partie confidentielle* de votre rapport, que la Compagnie classe les personnes qui se présentent à l'examen du médecin dans trois catégories distinctes :

La première catégorie comprend celles dont la santé et la constitution sont parfaites ;

La deuxième catégorie comprend celles dont la santé et la constitution présentent des risques qui exigent, comme compensation, que la prime soit augmentée ;

Et la troisième catégorie comprend celles que leur santé et les risques courus par leur constitution ne permettent d'assurer à aucun prix.

Je vous prie de vouloir bien adresser *directement et sans intermédiaire, par la voie de la poste, à la Compagnie à Paris*, les deux parties de votre rapport, aussitôt qu'elles seront complètes.

Recevez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Nom	Demeure
Prénoms	Date de naissance
Profession	Lieu de naissance

Déclarations de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée :

1° Nom, prénoms, profession, demeure, lieu et date de naissance.

2° Vos père et mère vivent-ils ? Quel âge ont-ils ? S'ils n'existent plus, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts ?

3° Avez-vous des frères ou des sœurs ? Quel est leur nombre et leur âge ? Que savez-vous de leur état de santé ? Combien vivent ? Combien sont morts ? De quelle maladie ? A quel âge ?

4° Êtes-vous déjà assuré ? Pour quelle somme ? A quelle Compagnie ?

5° Une ou plusieurs Compagnies d'assurances sur la vie ont-elles refusé des propositions reposant sur votre tête ? A quelles époques ? Quelles sont ces Compagnies ?

6° Jouissez-vous d'une santé habituellement bonne ? Avez-vous quelques infirmités apparentes ou d'autres qui ne le sont pas ?

7° Avez-vous été attaqué, et à quelle époque, de maladies du cerveau ou de la moelle épinière, de goutte, de maladies des organes

génitaux et urinaires? Enfin, avez-vous eu quelque maladie assez grave pour nécessiter les soins d'un médecin ou d'un chirurgien? Quelles sont ces maladies? La guérison a-t-elle été chaque fois complète?

8° Des précautions particulières vous sont-elles utiles à certaines époques périodiques, telles que l'usage de purgatifs ou d'évacuations sanguines? Ces dernières (c'est-à-dire des saignées, des applications de sangsues ou de ventouses) ont-elles été pratiquées? Combien de fois? Pour quelle cause?

9° Avez-vous jamais été atteint de toux habituelle ou de crachements de sang?

10° Avez-vous habité les pays chauds? A quelle époque et pendant combien de temps? Comment vous y êtes-vous porté?

11° Enfin, déclarez-vous ne rien cacher de ce qui pourrait influencer la Compagnie sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance proposée sur votre tête?

12° Question spéciale adressée aux femmes : Avez-vous eu des enfants? Combien? Quelle a été la nature des accouchements?

Je, soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, et, connaissance prise des conditions générales du contrat proposé sur ma tête, desquelles il résulte notamment : que la déclaration constatant l'âge de l'assuré, le lieu de sa résidence, sa profession et l'état habituel de sa santé, sert de base audit contrat, et que toute réticence, toute fausse déclaration de la part, soit du contractant, soit du tiers assuré, qui diminuerait l'opinion du risque ou en changerait le sujet, annule ledit contrat, je déclare adhérer expressément auxdites conditions.

(Signature de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée; si c'est une femme mariée, son mari devra aussi signer pour l'autoriser.)

Bon pour certification.

Signature du docteur.

Rapport confidentiel au conseil médical :

1° Avez-vous donné des soins à M.? Avez-vous eu précédemment l'occasion de connaître l'état de sa santé et de sa constitution, la santé et la constitution de ses père et mère, de ses frères et sœurs? Veuillez bien indiquer ce que vous en avez ainsi connu.

2° Que savez-vous des habitudes de M.? Existe-t-il dans son genre de vie et sa profession quelque circonstance de nature à influer sur l'appréciation du risque proposé sur sa tête?

3° Quel âge paraît avoir M.

4° Quelle est son apparence extérieure? sa stature? sa taille? sa

complexion? son embonpoint? sa conformation générale? la forme et le développement de sa poitrine?

5° Quel est l'état des poumons? Quel est l'état du cœur? Les fonctions de ces deux organes (la respiration et la circulation) sont-elles normales, régulières ou laissent-elles à désirer?

6° M. a-t-il une hernie? Cette hernie est-elle réductible ou non réductible en totalité ou en partie? Se maintient-elle facilement réduite? Existe-t-il ou non des hémorrhoïdes?

7° M. est-il menacé de quelque maladie héréditaire ou prédisposé à d'autres maladies, telles, par exemple, que celles des viscères de l'abdomen?

8° S'il s'agit d'une femme, est-elle ou non menstruée? A-t-elle eu ou a-t-elle des maladies spéciales à son sexe?

9° Pouvez-vous, en conséquence, certifier que M. jouit d'une constitution saine et d'un état de santé qui permettent, sans crainte fondée, de placer un capital sur sa vie? L'assurance proposée sur sa tête peut-elle donc être acceptée par la Compagnie?

10° Après l'examen sérieux et consciencieux que vous avez fait, dans laquelle de nos trois catégories classeriez-vous cette personne?

Observations particulières.

Signature du docteur.

GRESHAM LIFE ASSURANCE SOCIETY (LONDRES ET PARIS).

Rapport confidentiel du docteur de la Compagnie sur M.

NOTA. — Avec des détails précis sur les points douteux, le conseil médical pourra souvent accepter des assurances qu'il serait, sans cela, forcé de rejeter.

1° Nom? Age?

2° Occupation ou profession?

3° Etat général de sa santé? Etat actuel de sa santé?

4° Le proposant a-t-il jamais eu quelque accident grave ou maladie maligne?

5° Quand a-t-il gardé le lit en dernier lieu? Pourquoi? Pendant combien de temps?

6° Pour quelles autres maladies a-t-il gardé le lit pendant sa vie? Pendant combien de temps?

7° Quand a-t-il suivi un traitement médical en dernier lieu? Pourquoi? Qui était son médecin?

8° A quelles autres époques a-t-il suivi un traitement médical? Pourquoi? Son médecin?

9° A-t-il jamais subi un traitement par saignée, ventouses, sangsues, salivation ou vésicatoires? Quand? Et pourquoi?

10° L'âge du père et l'état de sa santé? Ou l'âge à sa mort, et de quelle maladie?

11° L'âge de la mère et l'état de sa santé? Ou l'âge à sa mort, et de quelle maladie?

12° Combien de frères vivants et l'état de leur santé? Combien de frères morts, à quel âge et de quoi?

13° Combien de sœurs vivantes et l'état de leur santé? Combien de sœurs mortes, à quel âge et de quoi?

14° Les autres membres de la famille atteignent-ils en général un âge avancé? Y a-t-il eu des oncles, tantes, grands-pères ou grand'-mères morts de phthisie ou de démence?

15° Le proposant souffre-t-il habituellement de maux de tête? A-t-il jamais souffert de *delirium tremens* ou spasmes, ou sa tête présente-t-elle quelque chose de particulier comme forme, calvitie, etc.? A-t-il jamais été paralysé?

16° Est-il sujet à l'asthme? Est-il sujet à une toux habituelle? A-t-il jamais eu des crachements de sang, des palpitations de cœur, des évanouissements, une inflammation des poumons, un rhumatisme articulaire aigu, la goutte? Peut-il courir ou prendre un exercice violent sans trop d'inconvénient?

17° Jouit-il d'un bon appétit et d'une bonne digestion? Les fonctions des intestins sont-elles régulières? Constipé ou relâché? A-t-il souffert d'une maladie du foie ou des autres viscères abdominaux? A-t-il souffert d'hémorrhoïdes, fistule ou hernie?

18° A-t-il souffert d'hydropisie? (Si c'est un homme) : ses urines s'écoulent-elles librement, en quantité normale, par un bon jet, ou autrement? Les urines offrent-elles souvent des dépôts? A-t-il été affecté de gravelle ou de calcul, ou y a-t-il évidence d'albuminurie?

19° Quelle distance parcourt-il journellement à pied, en moyenne? Quel autre genre d'exercice prend-il?

20° La boisson habituelle est-elle du vin, de la bière ou des liqueurs? Quantité journalière approximative?

21° Le sommeil est-il bon?

22° Si c'est une femme : mariée ou célibataire? A-t-elle eu des enfants? Combien? Est-elle enceinte? Les fonctions utérines sont-elles normales?

Veuillez demander la signature de la personne soumise à votre examen.

Signature du proposant.

Veuillez soumettre le proposant à votre examen.

23° Depuis combien de temps connaissez-vous le proposant? Avez-vous quelque intérêt dans l'assurance?

24° Quelle est l'apparence générale? De santé? Maigre? Fort? La taille et le poids approximatifs, s'ils sont connus?

25° Le teint est-il pâle, coloré ou cyanosé?

26° L'aspect de la langue?

27° Y a-t-il quelque observation à faire sur le cou, sur sa conformation, sur des marques de scrofules, etc.?

28° Forme générale de la poitrine : étroite ou musclée?

29° Dilatation?

30° Respiration?

31° Auscultation?

32° Percussion?

33° Rhythme du cœur, bruit, pulsation?

34° Pouls, fréquence, caractère?

35° Le proposant est-il actif ou mou, excitable ou apathique, nerveux, gai ou inquiet?

36° Les facultés mentales paraissent-elles saines?

Opinion générale de la vie.

Signature du docteur.

LE MONDE (PARIS).

Déclarations confidentielles de l'agent.

1° Nom et prénoms, profession et demeure exactes de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée?

2° Connaissez-vous cette personne? Depuis combien de temps? Est-elle mariée? Combien a-t-elle d'enfants? Vit-elle en famille?

3° L'avez-vous vue elle-même au sujet de cette assurance? Est-ce en votre présence qu'elle a signé la proposition? Vous êtes vous suffisamment assuré de son identité?

4° Quelle est son apparence extérieure, robuste ou délicate? Est-elle maigre ou grasse? Paraît-elle sanguine? Quel âge paraît-elle avoir? A-t-elle des difformités apparentes?

5° Que savez-vous de son état de santé? De l'état de ses facultés mentales, soit dans le passé, soit quant au présent? Pouvez-vous affirmer en toute sincérité qu'elle est sous ces deux rapports dans un état parfaitement satisfaisant?

6° Quelles sont ses habitudes? Sont-elles sédentaires ou actives? Sont-elles en harmonie avec la constitution de l'assuré? N'est-il pas à craindre que des préoccupations ou des excès puissent abréger son existence?

7° Connaissez-vous ses parents? Que savez-vous de leur état de santé, de leur longévité, des maladies dont ils ont pu être atteints,

de l'âge auquel ils sont morts? Quelques-uns d'entre eux auraient-ils succombé à des maladies du poumon ou du cœur, ou auraient-ils été atteints d'asthme, de convulsions ou d'aliénation mentale?

8° Quel est le *motif vrai* pour lequel cette opération a été proposée? Cette assurance est-elle en rapport avec la position de fortune du contractant? Pensez-vous qu'elle ne couvre aucune pensée de spéculation?

9° Pouvez-vous certifier que la personne désignée ci-dessus soit bien la même que celle qui s'est présentée au médecin délégué de la Compagnie?

10° Pouvez-vous certifier aussi en toute conscience, que M. est dans d'excellentes conditions pour être assuré par la Compagnie? Pouvez-vous le recommander comme tel à l'administration?

11° Si le souscripteur est une autre personne que l'assuré : Connaissez-vous la personne qui propose l'assurance? Est-elle parfaitement honorable?

Résumé et observations particulières.

L'agent général.

Service médical. — Monsieur le docteur, une assurance de la somme de payable au décès de M. étant proposée à la Compagnie *le Monde* et ne pouvant être acceptée que sur l'avis du comité médical, je viens vous prier de vouloir bien, après examen, faire connaître à l'administration *votre opinion motivée sur la santé et la constitution de cette personne.*

Ci-après se trouvent deux formules disposées selon l'exigence des règlements administratifs de la Compagnie.

L'une d'elles est destinée à recevoir les déclarations qui devront vous être faites par la personne examinée, en réponse aux questions indiquées par l'administration. Aucune de ces questions ne doit être omise; vous pouvez même y ajouter toutes celles qui vous paraîtront utiles pour éclairer complétement votre opinion. *Après avoir fait remplir par l'assuré ou, à défaut, après avoir rempli vous-même* cette première partie du document, vous voudrez bien faire certifier l'exactitude des déclarations qu'elle contiendra par la personne de qui elles sont émanées.

Au moyen de la seconde formule, qui doit être remplie de votre main, vous ferez connaître à l'administration l'opinion que vous vous serez formée de l'état sanitaire et constitutionnel de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée, *d'après l'examen auquel vous aurez procédé.*

Veuillez bien me permettre d'appeler votre attention sur les observations suivantes :

1° Des deux parties dont se compose le document pour lequel la Compagnie a recours à vos lumières et à vos bons soins, la dernière est destinée à rester *tout à fait confidentielle*, de vous à la Compagnie ; son contenu ne pourra donc être communiqué ni à la personne examinée, ni à aucune autre personne étrangère à l'administration.

2° Pour assurer ce caractère confidentiel au document dont il s'agit, et aussi en raison de ce qu'il est impossible de laisser en suspens des propositions d'assurances payables au décès, vous voudrez bien adresser directement, *sans aucun intermédiaire, quel qu'il soit, et par la voie de la poste, à M. le directeur de la Compagnie* le Monde, à Paris, la pièce complète, c'est-à-dire les déclarations de la personne à assurer et votre rapport, le jour même de l'examen ou le lendemain au plus tard.

Je vous prie, monsieur, d'agréer l'assurance de ma parfaite considération.

Désignation de la personne à examiner :

Nom :	Demeure :
Prénoms :	Date de la naissance :
Profession :	Lieu de naissance :

Déclarations de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée.

1° Nom, prénoms, profession, demeure et date de naissance?

2° Vos père et mère vivent-ils? Quel âge ont-ils? S'ils n'existent plus, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts?

3° Avez-vous des frères ou des sœurs? Quel est leur nombre? Quel est l'âge de chacun d'eux? Que savez-vous de leur état de santé? Combien vivent? Combien sont morts? De quelle maladie? A quel âge?

4° Etes-vous déjà assuré? Pour quelle somme? Depuis quelles époques? A quelles Compagnies?

5° Une ou plusieurs Compagnies d'assurances sur la vie ont-elles refusé des propositions reposant sur votre tête? A quelles époques? Pour quelles causes? Quelles sont ces Compagnies?

6° Jouissez-vous d'une santé habituellement bonne? Avez-vous quelques infirmités apparentes ou d'autres qui ne le sont pas?

7° Existe-t-il dans votre famille quelque maladie héréditaire?

8° Quel est votre médecin habituel?

9° Avez-vous été attaqué, et à quelle époque, de maladie du cerveau ou de la moelle épinière, de goutte, de maladie des organes génitaux et urinaires? Enfin, avez-vous eu quelques maladies assez graves pour nécessiter les soins d'un médecin ou d'un chirurgien? Quelles sont ces maladies? Quels sont les médecins ou les chirur-

giens qui vous ont soigné ? La guérison a-t-elle été chaque fois complète ?

10° Des précautions particulières vous sont-elles utiles à certaines époques périodiques, telles que l'usage de purgatifs ou d'évacuations sanguines ? Ces dernières (c'est-à-dire des saignées, des applications de sangsues ou de ventouses) ont-elles été pratiquées ? Combien de fois ? Pour quelles causes ?

11° Avez-vous jamais été atteint de toux habituelle ou de crachement de sang ?

12° Avez-vous habité les pays chauds ? A quelle époque et pendant combien de temps ? Comment vous y êtes-vous porté ?

13° Enfin déclarez-vous ne rien cacher de ce qui pourrait influencer la Compagnie sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance proposée sur votre tête ?

Questions spéciales adressées aux femmes.

14° Avez-vous eu des enfants ? Combien ? Quelle a été la nature des accouchements ? N'ont-ils entraîné aucune maladie particulière à votre sexe ? Avez-vous eu des accouchements prématurés ? Combien ? A quelles époques de la grossesse ?

Je, soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et, connaissance prise des conditions générales du contrat proposé sur ma tête, desquelles il résulte notamment : « Que la déclaration constatant l'âge de l'assuré, le lieu de sa résidence, sa profession et l'état habituel de sa santé, sert de base audit contrat, et que toute réticence, toute fausse déclaration de la part, soit du contractant, soit du tiers assuré, qui diminuerait l'opinion du risque ou en changerait le sujet, annulle ledit contrat, » je déclare adhérer expressément auxdites conditions.

Signature de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée. (Si c'est une femme mariée, son mari devra aussi signer pour l'autoriser.)

Bon pour certification :

Signature du docteur.

Certificat confidentiel délivré par le médecin délégué.

Désignation de la personne examinée (1) :

Nom :	Demeure :
Prénoms :	Date de la naissance :
Profession :	Lieu de naissance :

1° Avez-vous eu précédemment l'occasion de connaître les habi-

(1) Les détails demandés sont tous nécessaires pour établir l'identité de la personne.

tudes, sobres ou non, le genre de vie régulier ou non, l'état de santé habituel et la constitution de M., la santé et la constitution de ses père et mère, de ses frères et sœurs? Veuillez bien indiquer ce que vous avez ainsi connu.

2° Quel âge paraît avoir M.?

3° Quelle est son apparence extérieure? Son teint? Sa stature? Sa taille? Sa complexion? Son embonpoint?

4° Quels sont la forme et le développement de la poitrine? Quel est l'état des poumons? Quel est l'état du cœur? Les fonctions de ces organes (la respiration et la circulation) sont-elles normales, régulières ou laissent-elles à désirer?

5° M. a-t-il une hernie? Cette hernie est-elle réductible ou non réductible, en totalité ou en partie? Se maintient-elle facilement réduite?

6° M. est-il exposé à quelque maladie héréditaire ou prédisposé à d'autres maladies, telles, par exemple, que celles des viscères de l'abdomen, ou à des infirmités?

7° Pouvez-vous, en conséquence, certifier que M. jouit d'une constitution saine et d'un état de santé qui permettent, sans crainte fondée, de placer un capital sur sa vie? L'assurance proposée sur sa tête peut-elle donc être acceptée par la Compagnie?

Observations particulières (1).

Signature du docteur.

LE PHÉNIX ESPAGNOL (MADRID ET PARIS).

Rapport confidentiel à joindre aux propositions d'assurance en cas de mort.

Quels sont les nom, prénoms et domicile de la personne sur la tête de laquelle l'assurance repose?

Quelle est sa profession actuelle? En a-t-elle exercé une autre? Laquelle?

Ses père et mère sont-ils vivants? Quel âge ont-ils? S'ils n'existent plus, à quel âge sont-ils morts? Par suite de quelle maladie?

Les membres de la famille de M. sont-ils sujets à quelques maladies organiques, à la phthisie, aux écrouelles, à l'aliénation, etc.?

M. est-il sobre? Quelles sont ses habitudes hygiéniques? Est-il habituellement en bonne santé?

Est-il célibataire, marié ou veuf? A-t-il des enfants? (Si c'est une femme, combien a-t-elle eu d'enfants?)

(1) Le docteur doit, selon les circonstances, ou consigner ici les observations qui peuvent éclairer l'administration sur l'appréciation du risque, ou déclarer qu'il n'a pas d'observations particulières à faire.

Quels sont les motifs de l'assurance?

Est-il déjà assuré par une autre Compagnie? A-t-il fait des propositions d'assurance qui aient été refusées, et pour quels motifs?

Quels sont la moralité et le crédit du proposant et de la personne à assurer?

Si l'assurance est faite par un tiers, quel est son nom, sa profession, son domicile? Quel est l'intérêt qui le porte à faire une assurance sur la vie de M.

Je, soussigné, agent du *Phénix espagnol*, certifie les réponses ci-dessus sincères et véritables.

Nota. Ces renseignements sont entièrement confidentiels.

Certificat du médecin de l'assuré. — M. le docteur est prié de vouloir bien répondre aux questions suivantes :

1° Depuis quand connaissez-vous M.?

2° Lui avez-vous donné des soins comme médecin? à quelle époque? pour quelle maladie?

3° A-t-il été attaqué, à quelque époque, de démence, de goutte, d'épilepsie, de paralysie, de rétention d'urine, enfin de quelque maladie ou infirmité grave?

4° A-t-il fréquemment de la toux, des crachements de sang? A-t-il des oppressions et palpitations de cœur?

5° A-t-il une hernie? depuis quand? est-elle facilement comprimée?

6° N'a-t-il aucun vice de constitution? S'il en existe, pensez-vous que ce soit le résultat d'un accident?

7° A-t-il l'habitude de se faire saigner périodiquement? Se sert-il habituellement de moyens particuliers pour se conserver en santé?

8° Est-il sobre et tempérant?

9° A-t-il des habitudes actives ou sédentaires?

10° Jouit-il habituellement d'une bonne santé?

11° Le croyez-vous prédisposé à quelque maladie de nature à abréger sa vie? (*N. B.* S'il est question d'une femme, il faudra faire connaître si elle a eu des enfants, si ses couches ont été heureuses, si elle a nourri et si elle est enceinte.)

12° Enfin, pouvez-vous certifier que M. est pourvu d'une constitution saine, et que l'on puisse, sans crainte, placer des capitaux sur sa tête?

Je, soussigné, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

Rapport confidentiel du médecin de la Compagnie sur M., âgé de , exerçant la profession de .

Antécédents de famille. — Quel est l'âge du père et l'état de sa santé? A quel âge et de quelle maladie est-il mort? Quel est l'âge de la mère et l'état de sa santé? A quel âge et de quelle maladie

est-elle morte? Le proposant a-t-il des frères et des sœurs, et quel est l'état de leur santé? A-t-il des frères et sœurs morts? A quel âge et de quelle maladie? Les autres membres de la famille sont-ils arrivés en général à un âge avancé?

Antécédents personnels. — Le proposant est-il vacciné? A-t-il eu les maladies de l'enfance? A-t-il eu ou a-t-il encore des scrofules? S'il en a, dans quelle partie du corps? A-t-il eu quelque accident ou blessure grave qui ait pu occasionner par la suite des conséquences nuisibles à sa santé? Quelles sont les autres maladies dont il ait souffert pendant sa vie? S'est-il produit dans leur durée, leur caractère ou leur traitement, quelque circonstance qui ait pu sûrement exercer de l'influence sur l'état actuel?

État actuel. — Quel est le genre de vie du proposant? Y a-t-il dans sa profession des circonstances de nature à augmenter considérablement les risques? Quelles sont ses habitudes par rapport à l'hygiène et au régime alimentaire? Quel tempérament a-t-il? Pour l'apparence générale, est-il gros? quelle est sa taille, la conformation de son cou? A-t-il quelque difformité apparente? A-t-il un vice de conformation dans la colonne vertébrale, dans le thorax ou dans ses membres? A-t-il quelque déviation des organes du thorax ou de l'abdomen? A-t-il une hernie réductible ou non réductible?

Système nerveux et organes des sens. — A-t-il quelque particularité relativement à ces organes, à ses facultés intellectuelles, à sa mémoire? A-t-il eu quelque atteinte de paralysie d'un côté de la figure, ou des membres ou des viscères? Y a-t-il quelque névrose dont les symptômes soient graves?

Appareil respiratoire. — Existe-t-il trace de quelque affection antérieure dans cet appareil, et de quelle nature? Existe-t-il quelque disposition morbide?

Appareil circulatoire. — Existe-t-il trace de quelque affection antérieure du cœur, du péricarde ou des gros vaisseaux, et de quelle nature? Quel est l'état actuel?

Appareil digestif. — Existe-t-il trace de quelque affection antérieure dans les organes digestifs, dans le foie ou dans le reste des viscères de l'abdomen? Quel est l'état actuel?

Organes génitaux urinaires. — Existe-t-il trace de quelque affection antérieure dans ces organes? A-t-il eu l'albuminurie, le diabète, la pierre? Quel est l'état actuel?

Maladies diverses. — A-t-il souffert d'une hydropisie générale ou partielle? A-t-il eu des attaques de goutte? A-t-il eu des attaques de rhumatisme? A-t-il des varices, des hémorrhoïdes? A-t-il quelque tumeur appréciable à la vue ou au toucher? Dans quel endroit?

S'il s'agit d'une femme. — A-t-elle eu beaucoup d'enfants? Ses

accouchements ont-ils été faciles ou laborieux? Les fonctions utérines sont-elles régulières?

Résumé. — Le proposant se trouve-t-il dans des conditions de santé telles, que, selon la table suivante de probabilité, il doive atteindre ou passer le terme moyen de la vie des personnes de son âge?

Table de probabilités de la vie :

Les personnes des âges suivants :	Peuvent vivre encore, comme terme moyen :
25 ans	37 ans.
30	34
35	31
40	27
45	24
50	20
55	17
60	14
65	11

En formant avec les personnes qui réunissent ces probabilités deux catégories, l'une très-bonne, l'autre médiocre, le placeriez-vous dans la première ou dans la seconde?

Je, soussigné, médecin de la Compagnie, certifie que les déclarations qui précèdent sont sincères et véritables.

LA PROVIDENTIA (FRANCFORT-SUR-LE-MEIN).

Proposition d'une assurance sur la vie. — Cette déclaration doit être faite et signée par la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée.

Messieurs les agents sont tenus à la discrétion la plus absolue.

Les proposants sont priés de répondre aux questions d'une manière claire, précise et complète.

On ne peut admettre comme réponse les références au certificat du médecin.

On est prié de joindre l'acte de naissance ou de baptême de la personne à assurer.

Nom, prénoms et profession de la personne à assurer. Sa demeure présente. Depuis quand y habite-t-elle? (*N. B.* Si les noms donnés ne s'accordent pas entièrement avec ceux portés dans l'acte de naissance, il faut expliquer la cause de cette différence.)

Quelle est la somme à assurer? L'assurance est-elle proposée pour la vie entière ou pour un nombre limité d'années, et d'après quelle

table des tarifs de la Compagnie? La prime sera-t-elle payée par année ou par semestre? Par qui sera-t-elle payée?

La police sera-t-elle souscrite au profit du porteur, d'héritiers ou d'une autre personne désignée? Dans ce dernier cas, quelle est cette personne? (Nom et prénoms.) Si l'assurance a lieu au profit d'un tiers, quel intérêt celui-ci a-t-il à l'existence de la personne à assurer? Si cet intérêt consiste dans une créance, quel en est le montant?

Date et lieu de naissance de la personne à assurer ?

Son âge au prochain anniversaire?

La personne à assurer est-elle mariée, et depuis quand? La personne à assurer a-t-elle eu la fièvre scarlatine, la rougeole, la coqueluche et les autres maladies de l'enfance? A-t-elle été vaccinée plusieurs fois?

La personne à assurer a-t-elle été atteinte des maladies suivantes: 1° toux prolongée ou hémoptysie; 2° respiration oppressée ou asthme; 3° palpitations du cœur ou syncopes; 4° hydropisie ou autres enflures; 5° goutte, scrofules ou rhumatismes; 6° crampes ou maladies cérébrales; 7° hernie, jaunisse, pâles couleurs ou dysenterie? Et, dans l'affirmative, quand a-t-elle souffert de ces maladies, et pendant combien de temps? Quelles sont les autres maladies (graves ou prolongées) dont elle ait eu à souffrir?

A-t-elle éprouvé des maladies ou des attaques qui aient nécessité des saignées ou d'autres opérations chirurgicales, ou qui puissent faire craindre une mort prématurée? Et, dans l'affirmative, quelles ont été ces maladies et quand ont-elles eu lieu?

Son genre de vie est-il régulier? A-t-elle une vie sédentaire ou active?

Jouit-elle présentement d'une bonne santé et, dans l'affirmative, depuis quand?

Les père et mère de la personne à assurer ont-ils joui d'une bonne santé? S'ils sont encore vivants, quel est leur âge? S'ils n'existent plus, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts?

Ses frères et sœurs ont-ils une bonne constitution et santé? Combien en vit-il présentement, et quel est leur âge? S'il y en a de morts, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts?

Y a-t-il dans la famille de la personne à assurer des maladies héréditaires, telles que folie, goutte, asthme, maladies de poitrine, scrofules, cancers, coups de sang, etc.?

Si la personne à assurer est un homme, a-t-il satisfait à ses obligations militaires? Sinon, pour quel motif? Si c'est une femme, a-t-elle eu des enfants? Combien? Ses couches ont-elles été heureuses?

La personne à assurer a-t-elle demouré hors de l'Europe? Dans l'affirmative, où, quand, et pendant combien de temps ?

Existe-t-il, en dehors des indications ci-dessus, d'autres causes qui puissent inspirer des doutes sur sa longévité?

A-t-elle déjà cherché à se faire assurer par d'autres Compagnies, quand et par lesquelles? Son assurance a-t-elle été acceptée à la prime ordinaire du tarif, et pour quelle somme? Ou a-t-elle été refusée?

Nom du médecin de la personne à assurer? Depuis quand l'est-il? A quelle époque l'a-t-il traitée en dernier lieu? A-t-elle eu d'autres médecins? A quelle époque? Quels étaient-ils? Et pour quelles maladies l'ont-ils traitée? Est-elle parente du médecin? Celui-ci a-t-il un intérêt à l'assurance?

Noms, profession et domicile d'une personne de connaissance intime qui puisse donner des renseignements sur l'état général de la santé de la personne à assurer? Depuis quand cette personne connaît-elle celle à assurer?

Je certifie que les réponses ci-dessus sont, en tous points, exactes et conformes à la vérité ; j'entends qu'elles servent de base au contrat d'assurance à intervenir entre moi et *la Providentia*, et je consens que la Compagnie soit déliée de tous ses engagements envers moi, et que les sommes versées lui soient acquises, si les déclarations qui précèdent renfermaient des inexactitudes ou dissimulaient des faits que la Compagnie aurait intérêt à connaître.

Renseignements d'une personne de connaissance intime.

1° Depuis quand connaissez-vous la personne à assurer?

2° Quand l'avez-vous vue pour la dernière fois?

3° Quel est l'état ordinaire de sa santé? Quel est-il en ce moment?

4° Sa manière de vivre et ses habitudes sont-elles régulières? Est-elle sobre? En a-t-il toujours été ainsi?

5° Vous rappelez-vous qu'elle ait déjà été malade? S'il en est ainsi, à quelle époque et de quelle maladie?

6° Connaissez-vous quelque circonstance qui puisse faire paraître son assurance moins avantageuse que celle qui serait souscrite sur la vie de toute autre personne du même âge? Y a-t-il dans sa famille des maladies héréditaires? Avez-vous un intérêt quelconque à cette assurance?

Renseignements confidentiels de l'agent.

1° Noms et profession de la personne à assurer? Lui avez-vous parlé vous-même?

2° Quels sont ses revenus et sa fortune? Croyez-vous le montant de la prime et la somme à assurer en rapport avec ses ressources?

3° Quelle est la cause véritable, présumée ou prétextée de l'assurance?

4° Quels sont le caractère et la réputation de la personne à assurer?

5° Etes-vous son parent ou avez-vous des relations avec elle, et depuis quand? Avez-vous un intérêt à la réalisation de son assurance?

6° La personne à assurer a-t-elle déjà été malade? Quand et de quelle maladie?

7° Quel est son état de santé?

8° Est-elle d'une maigreur ou d'une corpulence frappante? A-t-elle le cou particulièrement court ou allongé?

9° Son extérieur répond-il à son âge, ou paraît-elle plus jeune ou plus âgée?

10° Y a-t-il dans sa mine ou dans sa voix quelque indice qui fasse supposer une santé languissante, un défaut de constitution ou une vie irrégulière?

11° Mène-t-elle une vie sobre et réglée, surtout en ce qui concerne les boissons spiritueuses? En a-t-il toujours été ainsi?

12° Y a-t-il dans sa manière de vivre ou dans ses occupations quelque particularité nuisible à sa santé? Prend-elle suffisamment d'exercice?

13° Avez-vous pris des renseignements et quels sont ceux que vous avez obtenus, sur l'âge et la santé de ses père et mère, et des autres membres de sa famille? Existe-t-il quelque maladie héréditaire dans sa famille? Des membres de sa famille ont-ils souffert de maladies de poitrine, d'hypochondrie, de goutte?

14° Connaissez-vous le médecin de la personne à assurer et la personne de connaissance qu'elle a indiquée comme référence? De quelle réputation jouissent-ils?

15° Le médecin a-t-il des relations intimes avec elle et quelles sont ces relations?

16° Ne connaissez-vous aucune particularité qui, si elle était connue de la Compagnie, pourrait empêcher celle-ci d'accepter l'assurance?

17° Croyez-vous qu'il y ait probabilité pour la Compagnie de conclure une bonne affaire en réalisant cette assurance?

18° Avez-vous d'autres renseignements à donner dans l'intérêt de la Compagnie?

Attestation du médecin de famille.

1° Depuis quand êtes-vous le médecin de la personne à assurer?

2° Etes-vous son parent ou avez-vous un intérêt quelconque à l'assurance?

3° Avez-vous été à même d'étudier et de connaître l'état de sa santé? Aucun changement dans cet état n'est-il survenu depuis peu?

4° Pour quelles maladies physiques ou mentales l'avez-vous traitée? Et quand?

5° Quelle a été l'issue de ces maladies? Si elles existent encore, quelle influence ont-elles exercée en général sur sa santé?

6° La personne à assurer a-t-elle été atteinte de maladies ou de lésions pour lesquelles elle ait été traitée par un autre médecin que vous? Lui a-t-on tiré du sang pendant ces maladies?

7° La personne à assurer a-t-elle été vaccinée ou a-t-elle eu la petite vérole?

8° A-t-elle eu des hémoptysies ou d'autres pertes de sang? A-t-elle souffert d'asthme, de palpitations de cœur, de syncopes, de goutte, de podagre, de rhumatismes aigus ou chroniques, de fièvres intermittentes, d'hydropisie, de goître, de scrofules ou de maladies syphilitiques?

9° Existe-t-il dans sa famille quelque maladie héréditaire ou particulièrement fréquente? Et dans l'affirmative, laquelle? La personne à assurer paraît-elle avoir des prédispositions pour cette maladie?

10° Quelle est la santé du père de la personne à assurer et son âge? S'il n'existe plus, à quel âge et de quelle maladie est-il mort?

11° Quel est la santé de sa mère et son âge? Si elle n'existe plus, à quel âge et de quelle maladie est-elle morte?

12° Quel est la santé de ses frères et leur âge? S'ils n'existent plus, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts?

13° Même demande pour les sœurs?

14° Quelle est la profession de la personne à assurer? Depuis quand l'exerce-t-elle? Est-elle moralement et physiquement en état de remplir convenablement les devoirs de sa profession?

15° Ses occupations ne sont-elles pas nuisibles à sa santé? Est-elle exposée à des émanations délétères et empoisonnées (arsenic, plomb, mercure)? Ses occupations lui procurent-elles l'activité corporelle nécessaire?

16° Quel est son genre de vie? Quelle est sa boisson habituelle? Combien consomme-t-elle en moyenne par jour, de bière, de vin ou d'autres spiritueux? Son état habituel ou d'autres indices ne donnent-ils pas à penser qu'elle mène une vie irrégulière ou qu'elle soit adonnée à l'intempérance?

17° Extérieur de la personne à assurer en ce qui concerne : la stature, le teint, la conformation générale, la forme et le développement de la poitrine?

18° Apparence d'âge et état de santé en général? La personne à

assurer paraît-elle plus âgée ou plus jeune que ne l'indique son âge réel de ans?

19° Son ouïe et sa vue ne sont-elles point affaiblies? Son sommeil est-il paisible?

20° Respiration : La respiration est-elle égale, profonde, sans oppression et exempte de râles visqueux, toux, etc.? Existe-t-il une dépression dans la région sous-claviculaire? Cette région se dilate-t-elle suffisamment en respirant? Donne-t-elle des deux côtés par la percussion un son normal? Le bruit de la respiration est-il sain et régulier sous la clavicule et au-dessus des lobes du poumon inférieur? Le bruit respiratoire est-il plus prolongé dans une partie des poumons que dans l'autre? Combien d'aspirations y a-t-il par minute? Le son de la voix est-il plus fort d'un côté que de l'autre? Y a-t-il lieu de supposer qu'il existe des tubercules dans les poumons?

21° Circulation : Les pulsations du cœur sont-elles normales en rhythme, force, etc.? Sent-on la pointe du cœur dans sa position naturelle? Les battements du cœur sont-ils distincts, etc.? Entend-on quelque part un bruit anormal? Si cela est, où l'entend-on le plus distinctement? Les pulsations artérielles sont-elles normales en rhythme, volume, force, etc.? Combien de pulsations le pouls a-t-il par minute? Le pouls est-il égal des deux côtés? Les veines sont-elles gonflées quelque part? Remarque-t-on des pulsations de veines? Et, dans l'affirmative, quelle en est la cause? Entend-on du bruit dans les veines du cou?

22° Digestion : Quel est l'état de la langue, de l'estomac et des organes abdominaux? Les selles sont-elles régulières? La rate est-elle gonflée? Le foie est-il de grandeur normale? Y a-t-il eu ou existe-t-il actuellement des symptômes de jaunisse? La personne à assurer n'a-t-elle jamais eu la dysenterie ou des diarrhées? Souffre-t-elle des hémorrhoïdes? A-t-elle ou n'a-t-elle jamais eu des fistules à l'anus? A-t-elle une hernie?

23° Voies urinaires et parties sexuelles : Y a-t-il présence ou présomption d'existence de la pierre, ou d'une autre maladie des reins ou de la vessie, de rétrécissement du canal de l'urèthre, ou d'une maladie de la matrice ou de l'ovaire? S'il y avait soupçon d'une maladie des reins, l'urine devrait être analysée, sa pesanteur spécifique constatée et indiquée, ainsi que la nature du sédiment dominant. Dans quel état est le flux menstruel? Y a-t-il chlorose ou pâles couleurs prolongées?

24° La personne à assurer a-t-elle été atteinte, ou est-elle encore atteinte de maladies mentales, de paralysie, d'épilepsie ou d'autres attaques nerveuses? De souffrances névralgiques? De migraines ou d'autres maux de tête? L'une ou l'autre de ces affections est-elle à considérer comme héréditaire?

25° N'existe-t-il pas des traces d'exutoires à la tête, à la poitrine, au dos, etc.; de vésicatoires, de ventouses à la gorge, d'ulcères ou d'abcès dans le voisinage des grandes articulations ou aux différentes extrémités ?

26° S'il s'agit d'une femme : a-t-elle donné le jour à des enfants ? A combien, et dans quel espace de temps ? Ses couches ont-elles été faciles, ou à quels accidents ont-elles donné lieu ? A-t-elle allaité ses enfants ? Est-elle présentement enceinte ?

27° Connaissez-vous quelque autre particularité qui soit de nature à abréger sa vie ?

28° Croyez-vous la durée probable de sa vie aussi longue que celle de toute autre personne du même âge, sinon, pourquoi ? Avez-vous encore d'autres renseignements à donner ?

29° Observations et considérations générales sur l'assurance en question.

Attestation du médecin de la Compagnie. — Les demandes sont posées dans les mêmes termes, et inscrites dans le même ordre de numéros que pour l'attestation du médecin de famille.

La déclaration ci-dessus est également libellée dans les mêmes termes : Je déclare par la présente, sur mon honneur et en mon âme et conscience, avoir répondu aux questions ci-dessus avec entière conviction, selon la vérité, et de n'avoir rien dissimulé sciemment sur l'état de santé antérieur et actuel de la personne à assurer, à laquelle la présente communication n'a pas été communiquée.

Les documents qui précèdent suffisent pour montrer l'importance que les Compagnies attachent à la constatation de l'état de santé des personnes qui se proposent de contracter avec elles. Les questionnaires offrent entre eux de grandes ressemblances. Cependant nous appellerons l'attention sur les développements que présentent ceux de la Compagnie allemande la *Providentia*, et sur la forme adoptée par les Compagnies française et espagnole *le Monde* et *le Phénix* de Madrid, qui, récemment fondées, ont cherché à mettre à profit l'expérience acquise par leurs devancières. Enfin nous ferons remarquer que, si toutes imposent des questions toutes tracées aux médecins des assurés, en ce qui touche leurs propres médecins, quelques-unes, notamment la *Compagnie des Assurances générales* et la *Caisse pa-*

ternelle, les laissent complétement libres dans la rédaction et l'étendue de leurs certificats].

III. — DE L'INTERVENTION DES MÉDECINS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCES.

Personne ne peut blâmer les Compagnies d'assurances d'agir rigoureusement. On a fréquemment essayé sur elles des fraudes de la pire espèce, et ce n'est que par l'adoption des moyens que nous venons d'exposer qu'elles peuvent se préserver.

L'habitude de certaines Compagnies d'obtenir gratuitement un certificat de la part du médecin de la personne qui se propose d'assurer sa vie, est une grande source de contestations. On rejette ainsi entièrement sur le médecin habituel de la personne la responsabilité de l'acceptation ou du refus de la vie à assurer. En effet, comme nous le verrons dans la suite, l'emploi d'un certificat provenant d'un médecin étranger est presque traité comme une fraude et peut faire naître des discussions sur la validité de la police. Le médecin de la personne est, il est vrai, le seul individu qui puisse proprement certifier l'état réel de sa santé, et c'est pourquoi c'est à lui qu'on le demande généralement. Quelquefois on attend de lui qu'il fournisse gratuitement quelque important certificat de ce genre, et s'il arrive qu'il soit défavorable, il est exposé à perdre ce qui peut bien être une partie lucrative de sa clientèle. Je ne dois pas supposer en effet qu'aucun membre du corps médical puisse certifier une chose qu'il saurait n'être pas vraie, dans le but de conserver un client. La question est de savoir si une Compagnie d'assurances a le droit de faire peser sur un médecin une telle responsabilité. La police fait bénéficier également les assureurs et l'assuré, car certainement on ne ferait pas de contrat si l'on n'en attendait pas un bénéfice réciproque.

Le médecin, sans la sanction duquel la police ne pourrait pas être effectuée, non-seulement n'a pas de bénéfice, mais encore est exposé à des pertes, en remplissant d'une manière honorable et consciencieuse le difficile devoir qu'on lui impose. Un tel état de choses ne devrait pas exister. Beaucoup de procès pour recouvrer des polices litigieuses ont montré très-clairement que la pratique amène une indifférence et une négligence assez grandes de la part des médecins lorsqu'ils font ces certificats; il en résulte en fin de compte une perte plus sérieuse pour les représentants de l'assuré que si l'on n'avait pas accepté sa vie. Il faut se rappeler que les assurances ne peuvent jamais souffrir de la fraude du médecin qui signe un pareil certificat; ce sont les assurés qui en pâtissent et c'est pourquoi les Compagnies ne montrent aucune disposition à changer ce système vicieux. Il est toujours entendu que les communications médicales sont confidentielles; mais, dans plus d'un cas, les médecins ont reconnu que les patients avaient eu connaissance de leurs certificats et que ceux-ci avaient même été employés comme preuves en justice. On pourrait remédier en partie à ces inconvénients en ne demandant pas du tout aux médecins habituels de signer un certificat, et en le faisant faire uniquement par le médecin de la Compagnie, après une consultation régulière avec le médecin de l'accusé, et un examen approfondi de sa personne. Si l'on refusait d'assurer la vie, la responsabilité en retomberait sur la personne qui doit la porter, c'est-à-dire le médecin de l'assurance; si on l'acceptait, ce serait lui qui serait responsable devant la Compagnie, s'il commettait quelque négligence importante dans l'accomplissement de ses devoirs. Il est vrai qu'il y a peu de Compagnies d'assurances qui ne possèdent pas des médecins et des chirurgiens; mais, dans les procès qui surviennent, la responsabilité ne pèse pas autant sur eux que sur les médecins habituels de l'assuré. Dans le cas

où l'on demande à un médecin de signer un certificat de ce genre, il me semble que le mieux pour lui serait de décliner la proposition, à moins qu'il ne pût avoir une consultation en règle avec les médecins payés par l'assurance. Si cependant des considérations particulières l'engagent à signer le certificat, son devoir est d'employer le plus grand soin, non-seulement en répondant aux questions écrites sur le certificat, mais surtout en détaillant *toutes les particularités qui lui sont connues sur la santé de la personne*. En agissant autrement, il ferait le plus grand tort aux représentants de l'assuré et nuirait probablement à sa propre réputation. Il n'y a pas de moyen terme : ou bien le devoir doit être rempli avec soin, avec conscience et honorablement, ou bien il faut s'y refuser. C'est une erreur de croire que quelques équivoques ou quelque dissimulation pourraient échapper à la Compagnie, et cependant il est évident que dans certains cas une idée de cette nature a dû exister dans l'esprit du médecin qui a mis son nom au bas du certificat.

[Les rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances soulèvent, ainsi qu'on vient de le voir, de graves questions de déontologie qui ne pouvaient manquer d'avoir en France un profond retentissement et qui ont en effet à diverses reprises, et surtout dans ces dernières années, suscité une certaine émotion dans le corps médical français.

Dès l'année 1847, le journal l'*Union médicale* qui venait de se fonder, esquissait dans un feuilleton très-vif et très-accentué (1), dû à la plume élégante de M. le docteur Cerise, le rôle du médecin particulier de l'assuré à l'égard des Compagnies d'assurances. On y relevait les manières peu convenables dont celles-ci se permettent d'in-

(1) *Des médecins et des Compagnies d'assurances sur la vie* (*Union médicale*, t. I, n° 44, p. 187, 15 avril 1847).

terroger confidentiellement les médecins et de leur adresser des questions que « les magistrats et les jurés n'ont pas le » droit de leur adresser dans l'intérêt même de la justice »; et l'on y encourageait le parti pris par plusieurs médecins de ne pas répondre. A l'appui de cette opinion, l'auteur de l'article citait une lettre où l'un de ces médecins expliquait les motifs de son refus, en disant que le médecin ne peut être délié de l'obligation du secret professionnel, même par son client, qui peut lui-même être dans l'ignorance du véritable état de sa santé.

« Le devoir du médecin lui paraît positif et évident, et » en présence des questions posées dans la circulaire de la » Compagnie, il doit se récuser partout et toujours : nulle » considération ne peut le faire manquer à ce devoir. »

Le 21 décembre 1861, M. le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié, adressait au même journal (1) une lettre relative aux rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances sur la vie, inspirée par des sentiments semblables, et dans laquelle, notre distingué collègue provoquait le comité de l'*Union médicale* à formuler une règle de conduite dictée par les légistes, si cela était jugé convenable, et qui établît une sorte de jurisprudence propre à épargner aux médecins les ennuis signalés.

Peu de temps après, la question était portée devant la Société de médecine du 2e arrondissement de Paris par l'un de ses membres, que recommandent le plus la droiture du jugement et l'élévation du caractère, M. le docteur Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon. Il lui soumettait en même temps une proposition à l'appui de laquelle il invoquait des considérations assez importantes pour que nous croyons devoir les reproduire ici en partie :

« Pour en revenir à la question qui nous occupe, il ré-

(1) *Union médicale*, 2e série, t. XIII, p. 17, 7 janvier 1862.

sulte de tout ce qui précède : que si votre client n'a aucun vice appréciable, vous pouvez lui donner un certificat; que si vous lui donnez ce certificat, vous ne pouvez pas le refuser à son voisin qui n'est pas dans les mêmes conditions de santé; que si vous le refusez, vous lui faites savoir qu'il est malade ou sous l'imminence d'une maladie héréditaire (ce qu'il ignore peut-être); que si vous donnez le certificat, ou le client sera indiscret et lira votre certificat, ou la Compagnie refusera l'assurance, et, dans ces deux cas, le client saura encore ce qu'il devait ignorer, ce qu'il est de votre devoir de lui laisser ignorer même malgré lui. Que faudra-t-il donc faire? Refuser tous les certificats demandés par les Compagnies d'assurances. C'est la seule solution possible.

» C'est ici, messieurs, que vient se placer ma proposition. Vous comprenez que l'action individuelle ne peut rien en pareille matière, et qu'il faut une règle de conduite commune à tous. En effet, l'un de nous refusera tous les certificats demandés, son voisin les donnera, de là, colère du client, abandon du médecin parce qu'il a fait son devoir. Mais nous serions bien forts, si nous pouvions répondre à nos clients : « Je vous refuse le certificat demandé par la » Compagnie, parce que nous tous, médecins de tous les » arrondissements de Paris, nous avons pris l'engagement » les uns vis-à-vis des autres, et dans votre intérêt, de ne » pas donner de pareils certificats. » Que pourrait répondre le client? Rien. Il serait forcé de s'incliner devant votre engagement, assuré de ne pas trouver chez votre voisin ce que vous lui auriez refusé, et la Compagnie, qui a des médecins qu'elle paye, sera obligée de s'en rapporter exclusivement à leur examen auquel le postulant se soumettra, mais qui ne compromettra ni vos intérêts ni votre conscience.

» Que les Compagnies d'assurances sur la vie soient bien persuadées que ce n'est pas un esprit d'opposition qui dicte

notre proposition et qui dictera votre décision si vous l'adoptez. Les services qu'elles rendent sont incontestables, nous sommes des premiers à le proclamer; mais les chefs de ces Compagnies ne se sont pas rendu compte de la gravité de ce qu'ils nous demandent, et ils n'hésiteront pas à y renoncer d'eux-mêmes, lorsqu'ils comprendront dans quelle fausse position ils nous placent vis-à-vis de nos clients. Les médecins attachés aux Compagnies d'assurances feront un examen plus minutieux, ils le renouvelleront s'il est nécessaire; les intérêts des Compagnies seront sauvegardés par l'examen consciencieux de leurs médecins, et nous, nous ne pourrons être compromis.

» Je terminerai donc par la proposition suivante formulée en deux articles, que je soumets à votre appréciation :

« 1° Tous les membres de la Société médicale du 2e arron-
» dissement, se fondant sur l'obligation du secret médical,
» prennent l'engagement de ne délivrer aucun certificat
» demandé par les Compagnies d'assurances sur la vie, quel
» que soit l'état de la santé du postulant; 2° cette décision
» sera transmise à toutes les Sociétés d'arrondissement de
» Paris, en les invitant à prendre une détermination sem-
» blable. » Cette proposition fut adoptée à l'unanimité par la Société.

Plus récemment, le 19 février 1865, l'Association des médecins de Toulouse votait en assemblée générale, sur le rapport de M. le docteur Basset, un article de règlement ainsi conçu: « L'Association des médecins de Toulouse, se
» basant sur l'obligation du secret médical, prend l'engage-
» ment de ne délivrer aucun certificat demandé par les
» Compagnies d'assurances, quel que soit l'état de santé du
» postulant. »

Les motifs de cette décision sont développés dans le rapport qui reproduit les arguments théoriques et pra-

tiques que nous avons déjà rappelés, notamment ceux qui se rapportent à la situation particulière du médecin à l'égard d'un client qui l'autorise à dire la vérité que lui-même ignore souvent, par suite d'une illusion qu'il est du devoir du médecin d'entretenir. « Que de clients épilepti-» ques à qui nous cachons la nature du mal ! Que de mala-» dies organiques incurables dont nous dissimulons le dan-» ger à nos malades ! » Mais il est un motif particulier qui est invoqué dans le rapport de M. Basset et qui mérite d'être cité. L'honorable rapporteur, descendant du domaine de la théorie dans celui de la pratique, suppose le cas où le médecin peut être appelé à se prononcer sur un client atteint d'une affection organique du cœur. « Que ferez-vous, » ajoute-t-il ? Irez-vous affirmer par écrit qu'il n'a aucune » cause de mort prématurée et subite, ou tout en le décla-» rant, tâcherez-vous, autant que possible, d'atténuer les » faits ? Mais si votre client vient à mourir peu de temps » après, subitement, la Compagnie ne manquera pas, soyez » en sûrs, d'intenter un procès à la famille pour se dégager » de son contrat sérieux et de vous appeler peut-être en » cause, comme civilement responsable, vous exposant » ainsi à perdre par un certificat de complaisance les éco-» nomies de toute une vie de labeur et de privations. Si » vous refusez le certificat, il faut révéler à votre client qu'il » est atteint d'une maladie incurable qui doit abréger fata-» lement la durée de son existence, à moins que vous ne » préfériez, pour ne pas troubler son repos, le laisser dans » l'ignorance des dangers qui le menacent et vous brouiller » immédiatement avec lui, en refusant un certificat sur le-» quel il croyait pouvoir compter. Telles sont les sources » d'ennuis et de désagréments que nous ménagent souvent » les Compagnies d'assurances en nous adressant leurs » questionnaires indiscrets. »

Les principes qui ont dicté les résolutions des sociétés

médicales que nous venons de citer, ne sont pas cependant restés sans contradictions. Le docteur F. Aubry, dans un article fort sensé, publié en 1862 par la *Gazette des hôpitaux* (1), sans méconnaître l'obligation du secret prescrit par l'art. 378 du Code pénal, trouverait déplorable de la part des médecins une opposition systématique en matière d'assurances. Cet honorable confrère demande que les Compagnies modifient leur questionnaire ou renoncent à poser elles-mêmes des questions, et laissent chaque praticien libre de formuler son opinion dans les termes qu'il lui conviendra d'employer. « Alors, dit-il, la révélation du médecin parti- » culier aura parfaitement sa raison d'être. Le médecin » officiel des Compagnies procédera à une contre-visite. Les » intérêts des Compagnies sont donc sauvegardés. » M. Aubry pense que le médecin doit, en toute occasion, rester libre d'accorder ou de refuser son concours, et ne veut pas qu'il abdique l'une des plus précieuses prérogatives de la profession. Il regrette hautement qu'on ait porté à la barre des sociétés médicales la question des rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances sur la vie, et ne craint pas de blâmer comme peu réfléchi le sentiment sous l'empire duquel a été prise par l'une d'elles la délibération qui a été précédemment citée. Il demande enfin, en terminant, que chacun dans le corps médical conserve toujours en cette matière sa liberté d'action et sa responsabilité.

Nous sommes, pour notre part, très-disposé à accepter la conclusion de M. Aubry. Et en ces questions, qui sont si essentiellement du domaine intime de la conscience, nous voulons avant tout que le médecin reste libre par cela même qu'il est ou qu'il peut se croire responsable. C'est dire que nous n'approuvons à aucun titre ces enga-

(1) F. Aubry, *Les médecins et les Compagnies d'assurances sur la vie* (*Gazette des hôpitaux*, 1er avril 1862, n° 38, p. 149).

gements collectifs qui transforment le sentiment du devoir en une convention sociale. La déontologie médicale ne peut en aucun cas se formuler en articles de règlement, et nous n'accepterons jamais que le vote d'une majorité puisse imposer une règle absolue de conduite là où chacun ne se doit laisser guider que par les plus délicates inspirations de la conscience.

Mais nous ne pouvons rester indifférent aux raisons très-sérieuses qui peuvent conduire le médecin à se soustraire à la situation que lui font les Compagnies en l'interrogeant sur les plus secrets détails de la santé de son client. Nous ne croyons pas ces confidences, même autorisées par la personne qu'elles intéressent et malgré la promesse illusoire du silence dans lequel elles doivent rester ensevelies, compatibles avec l'obligation supérieure du secret professionnel. Et d'un autre côté, il est impossible de ne pas reconnaître que le refus de donner les renseignements demandés sera quelquefois aussi éloquent que la réponse la plus complète.

Quant au certificat dans lequel la vérité serait dissimulée ou seulement atténuée, nous le repoussons, avons-nous besoin de le dire, d'une manière formelle, parce qu'il est en toute occasion indigne d'un homme d'honneur, indigne d'un médecin, d'altérer la vérité; mais non à cause de la responsabilité civile qu'encourrait le médecin. En effet, il est bon de s'expliquer sur ce point. Aux termes des conventions stipulées dans toutes les polices d'assurances, toute fausse déclaration de la part du contractant entraîne de plein droit la résiliation de l'assurance et sa nullité. La dissimulation d'une maladie est donc bien une cause péremptoire de nullité. Plusieurs arrêts ont été rendus sur ce point, fondés sur la lettre du contrat et sur les principes généraux du droit. Mais les Compagnies n'auraient aucun intérêt à intenter une action directe contre le médecin qui

aurait délivré un certificat erroné; car elles sont garanties bien plus efficacement par le moyen que le contrat lui-même leur fournit contre les fausses déclarations de l'assuré. Le droit des Compagnies contre les médecins semble même complétement inadmissible, suivant la doctrine d'un arrêt de la Cour de Paris, du 13 décembre 1851, confirmatif d'un jugement du Tribunal de commerce qui déclare « qu'une Compagnie d'assurances sur la vie ne peut être » admise à faire la preuve qu'au moment de l'assurance, » l'assuré était atteint d'une maladie grave connue de lui » et de sa famille, et que l'assurance n'a été que le résultat » d'une combinaison frauduleuse consentie entre lui et sa » famille. »

Il est clair que les termes de ce jugement sont essentiellement conformes à l'obligation du secret médical et n'autorisent pas la recherche des faits que celui-ci protége. Mais en même temps on ne peut méconnaître qu'ils sont inspirés par cette pensée que c'est aux Compagnies à se garder elles-mêmes et qu'elles ne contractent qu'à leurs risques et périls.

Or c'est là précisément la règle qui nous paraît devoir diriger les Compagnies et tracer la limite de l'intervention des médecins dans les contrats d'assurances. Les Compagnies devraient en toute occasion renoncer à l'avis du médecin particulier de l'assuré et se contenter de la visite et du jugement de leur propre médecin. Quelques-unes, Taylor nous l'apprend, suivent déjà cette marche en Angleterre. Nous croyons qu'il n'y aurait qu'avantage pour toutes à suivre cet exemple. Le médecin officiel de la Compagnie trouvera chez la personne qui se propose elle-même à l'assurance toutes les facilités nécessaires pour procéder à un examen complet. D'un autre côté, son appréciation offre à la Compagnie toutes les garanties d'indépendance et de sincérité, en même temps qu'il est envers elle responsable

à tous les degrés de la manière dont il a rempli son mandat, tandis qu'au contraire, nous venons d'en fournir les preuves, elle n'a à l'égard du médecin de l'assuré ni droit ni recours, et impose à celui-ci, d'une façon toute gratuite, la plus pénible et la plus stérile responsabilité.

Si l'on a parcouru les modèles de questionnaires que nous avons rassemblés, on aura certainement été frappé du procédé suivi par quelques Compagnies, qui posent des questions explicites et multipliées au médecin de l'assuré, et qui, par contre, ne demandent à leur médecin officiel qu'une déclaration générale et en quelque sorte sommaire; telles sont la *Compagnie générale* et la *Paternelle*. Il y a là une contradiction que nous ne pouvons nous empêcher de signaler et que ne justifient nullement à nos yeux les explications que nous faisait l'honneur de nous adresser l'un des fonctionnaires les plus distingués d'une de ces grandes Compagnies. « Vous remarquerez, nous disait-il, que le cer-
» tificat à fournir par le médecin de la Compagnie, ne con-
» tient aucun formulaire, et il ne peut en être autrement,
» parce que le médecin de la Compagnie voit ordinairement
» le proposant pour la première fois, et qu'il ne pourrait ré-
» pondre à des détails de santé qu'il ne peut connaître dans
» une simple visite, qui se passe ordinairement en conver-
» sations par demandes et réponses ; la Compagnie tient
» beaucoup à ce que son médecin exprime une opinion
» spontanée résumant en quelque sorte son opinion ; géné-
» ralement, on ne lui fait pas connaître le certificat du
» médecin du proposant. »

Nous persistons à penser que les Compagnies qui agissent ainsi se méprennent sur leur propre intérêt, et s'exposent à être trompées plus que celles qui fondent leur détermination sur l'avis unique, mais longuement et sérieusement motivé, du médecin qu'elles se sont attaché. Il ne faut pas croire qu'il soit difficile pour un médecin instruit et ex-

périmenté de se faire en une seule visite une idée très-juste des conditions de santé que la Compagnie a besoin de connaître pour faire ou refuser l'assurance. Ce ne sont pas les détails minutieux et souvent puérils que nous trouvons dans les questionnaires qui importent, mais bien les faits capitaux qui n'échapperont jamais à l'agent médical de la Compagnie. Sa situation est celle de l'expert que la justice charge de l'éclairer et qui sait très-bien dans ses investigations impartiales découvrir la vérité, qu'il a la mission de mettre en lumière. Il est bon d'ajouter que de même que le juge peut se décider en dehors de l'avis de l'expert, de même les Compagnies prononcent souvent contrairement à l'opinion émise par les médecins. Nous avons sous les yeux des certificats favorables délivrés à la fois par le médecin du proposant et par celui de la Compagnie pour une personne qui n'a cependant pas été admise à l'assurance.

Notre opinion est d'ailleurs tout à fait d'accord avec la pratique de tous les jours. Les Compagnies qui connaissent parfaitement la jurisprudence dont nous avons rapporté un exemple, se gardent bien, lorsqu'elles s'aperçoivent, après une assurance faite, qu'elles ont été trompées sur la santé d'un assuré, d'intenter une action judiciaire. Elles obtiennent la résiliation du contrat en menaçant de poursuites frauduleuses, mais bien rarement, même en cas de décès, elles se décident à commencer une instance. En ce moment même, une des principales Compagnies de Paris a entre les mains un certificat émanant d'un des chirurgiens les plus éminents de ce temps, et attestant la bonne santé d'un individu que le même chirurgien opérait peu de temps après pour une affection cancéreuse dont les suites ont entraîné la mort. La Compagnie ne songe pas à contester l'assurance et n'hésite pas à s'exécuter.

Il ne paraît pas que la jurisprudence et la pratique françaises soient imitées partout. Nous trouvons dans le livre

de Casper (1) un exemple d'attestation fausse d'assurance de vie pour laquelle il a été consulté comme expert à l'occasion d'une action judiciaire qui semble n'être pas rare à Berlin. Le fait mérite d'être cité ; nous laissons parler Casper :

« Je crois utile de rapporter un cas de ce genre, puisque le § 257 du Code prussien fait expressément mention « des sociétés d'assurances mutuelles », et que les plaintes faites par les dites sociétés pour certificats faux sont assez fréquentes. De plus le cas fut assez difficile.

» Le docteur R. avait délivré à l'officier de santé S. un certificat datant du 25 août, dans lequel le médecin déclarait à la société d'assurance que l'assurance était « acceptable », mais en même temps que S. souffrait « d'un catarrhe du larynx non grave, avec la voix un peu voilée et une toux catarrhale accompagnée de crachements. » Il insistait, dans le certificat, sur l'état des « poumons et de la trachée, qui étaient sains, sur le teint normal, sur la régularité des fonctions de la respiration et de la circulation. »

» Le 26 janvier 1852, S. meurt, d'après les certificats des docteurs R. et B., faits le même jour, « d'une inflammation grave des poumons », compliquée d'une hypérémie cérébrale. Cette maladie avait dû atteindre S. « la semaine précédente », pendant un voyage fait par un temps de pluie et de vent. La conséquence du refroidissement se démontrait « par des accès de pneumonie très-grave, de la dyspnée considérable et du délire »; l'auscultation et la percussion indiquaient une inflammation violente des poumons.

» Après la mort de S., le bruit courut qu'il avait succombé à une phthisie trachéale dont il avait souffert pen

(1) J. L. Casper, *Traité pratique de médecine légale*, traduction de G. Baillière. Paris, 1862, t. I, p. 37.

dant des années, et la société d'assurances se crut en droit, d'après le § 257, de porter plainte contre le docteur R. à cause d'attestation fausse volontaire, et de refuser le payement de la somme assurée.

» En réponse aux questions posées, je disais dans mon rapport: « Je dois d'abord examiner de quelle maladie S. est mort. Ici il est à regretter que les actes ne contiennent rien sur l'autopsie du cadavre, qui vraisemblablement n'a pas été faite. Cette lacune ne permet plus de poser un jugement infaillible, et le certificat des médecins susnommés est loin d'y suppléer. Ils parlent, il est vrai, de l'exploration de la poitrine, mais ils ne donnent pas les résultats de cette exploration, de sorte que l'on est réduit à s'en rapporter à leur conclusion : que le décédé souffrait d'une pneumonie. Le certificat ne dit pas même s'il y avait de la fièvre ou des douleurs, s'il y avait de la toux et de quelle nature étaient les crachats; si le malade pouvait se reposer des deux côtés; s'il y avait des aphthes à la langue ou au pharynx; si la peau était sèche ou humide, etc. On en est réduit à la déclaration de R. et de B., et je dois accepter que s'il y a eu « des accès pneumoniques très-graves, S. est mort d'une pneumonie, et rien ne peut prouver qu'il soit mort d'une phthisie trachéale ».

» Je dois ajouter qu'un « voyage fait à la campagne par un temps de pluie et de vent » au mois de janvier, et un « refroidissement » survenu, peuvent devenir, comme l'expérience le prouve, une cause déterminante d'inflammation des poumons. D'un autre côté, une telle inflammation enlève souvent le malade du sixième au huitième jour, de sorte que l'origine et le cours de la maladie prouveraient la justesse du diagnostic du docteur B. Une telle marche de la maladie aura pu être observée surtout chez un homme qui pendant des années a souffert d'inflammation et d'ul-

cération chroniques de la muqueuse trachéale (phthisie trachéale).

» D'après les dépositions de plusieurs témoins, cela doit avoir eu lieu. Voici ce qu'en disent les actes. Des témoins nombreux non médecins, les uns ne savent rien sur la santé de S., les autres font des dépositions plutôt contraires à l'existence de la maladie dont nous voulons parler, et qui aurait duré de longues années. Il suit de leurs dépositions que S. a voyagé et visité ses malades en tout temps, qu'on l'a vu peu de jours avant sa mort vaquant à ses occupations. On voit en effet des poitrinaires rester très-actifs jusqu'à leur dernier jour. Cependant on doit admettre qu'avec une occupation aussi pénible que celle du décédé, une phthisie existante aurait fait en cinq ans (c'est l'espace de temps désigné par les témoins) de plus grands progrès que ceux qu'on a pu remarquer.

» Les témoignages des médecins ont plus de valeur; mais le médecin-physicien S. a seulement entendu dire plusieurs fois, il y a dix ans, que S. souffrait d'une « phthisie trachéale »; il ne l'avait pas vu depuis sept à huit ans, et par conséquent ne l'avait ni exploré, ni traité, et son témoignage ne pouvait être admis. L'officier de santé qui avait fait ses confidences au docteur T., avait parlé dans des termes qui expriment bien l'état d'un phthisique. Tout son aspect et toute son organisation extérieure, dit-il, annonçaient que S. avait de grandes dispositions à la phthisie. Il était maigre, svelte, avait le cou long, le larynx proéminent, la poitrine plate, les épaules en dehors; j'ai même entendu dire par sa bonne qu'il avait beaucoup craché en été 1851 (c'est-à-dire au moment où fut faite l'attestation fausse). S. mangeait beaucoup, mais cependant maigrissait toujours. D'après ces dispositions extérieures et ces circonstances, je conclus que S. devait être phthisique, et je communiquai mon avis au docteur T. Cette déposition a été rendue

suspecte à cause de l'inimitié qui existe entre l'officier de santé R. et le docteur R.; de plus, il résulte de ce témoignage que S. avait une disposition réelle à la phthisie, mais il ne s'ensuit pas que cette maladie se soit développée et ait amené la mort, car avant ou sans cette disposition, l'inflammation des poumons suffisait pour amener la mort. Quant à ce que la bonne a dit à R., cela ne peut avoir aucune valeur scientifique.

» Mais le même témoin dit qu'il a observé lui-même « une raucité chronique » chez S. Ceci est important, car cette affection est un symptôme habituel de la phthisie trachéale.

» Le docteur B., lui aussi, a constaté cette raucité, mais il ajoute que ne l'ayant pas vue augmenter pendant cinq ans, il l'avait prise, non pour un symptôme de phthisie, mais pour « une paralysie des nerfs du larynx ». Il existe en effet de telles raucités nerveuses, et une raucité à l'état chronique qui serait le symptôme de phthisie trachéale, annoncerait un degré très-avancé de la maladie, ce qui n'a pas été dans ce cas, puisque S., jusque peu de temps avant sa mort, vaquait encore à des occupations très-pénibles. Mon avis est donc que cette raucité n'a pas été le symptôme d'une phthisie trachéale.

» D'après ce qui précède, je déclarai dans mon rapport: « 1° Les symptômes remarqués chez l'officier de santé S. par les témoins, ne peuvent pas faire croire à l'existence d'une phthisie trachéale ou laryngienne existant avant le 26 janvier 1852; 2° il n'y a pas de raisons qui puissent prouver que S. est mort d'une phthisie trachéale ou laryngienne. » D'après ce rapport, l'accusation d'attestation fausse fut écartée, et l'affaire abandonnée. »

Nous ne pouvons nous empêcher, quelque pénible que puisse être pour notre honneur professionnel un semblable récit, de citer à propos des faux qui peuvent être commis

au préjudice des Compagnies d'assurances un fait d'escroquerie jugé au mois de juin 1859 par le tribunal correctionnel de Limoges. L'agent de plusieurs Compagnies anglaises s'était entendu avec quelques individus et entre autres avec un médecin pour faire assurer comme parfaitement valides des individus choisis à l'hôpital parmi ceux dont la mort était certaine et ne devait pas se faire longtemps attendre. Le montant de l'assurance ainsi escroqué était ensuite partagé entre les complices. Les Compagnies furent quelque temps avant de remarquer la singulière mortalité qui sévissait de préférence et à si bref délai sur les assurés d'une même localité. Mais la justice mise sur la trace découvrit la fraude, et le médecin indigne n'échappa que par le suicide à la condamnation qu'il avait méritée et qui frappa les autres accusés.

Si l'on nous permet de résumer cette longue discussion sur l'intervention des médecins dans les contrats d'assurances sur la vie, nous dirons que le médecin de l'assuré doit rester libre d'accepter ou de refuser la proposition qu'on lui fait de répondre à des questions relatives à la santé d'un de ses clients, que c'est là affaire entre lui et son client, entre lui et sa conscience; que le médecin d'une Compagnie a, au contraire, le devoir étroit de recueillir et de donner tous les renseignements qui sont de nature à éclairer les conditions de l'assurance et qu'il ne doit se laisser guider que par la vérité et par les intérêts de la Compagnie; que celle-ci, par conséquent, a tout avantage à s'en rapporter exclusivement au jugement de son propre médecin, sans exiger de celui de l'assuré des attestations confidentielles, quelquefois impossibles à obtenir, souvent incomplètes ou inexactes, toujours inutiles, qui ne lui offrent ni garantie ni recours.]

IV. — DÉTERMINATION DES MALADIES QUI SONT DE NATURE A ABRÉGER LA VIE.

Prenons le cas où les divers préliminaires qui viennent d'être établis, auraient été remplis soigneusement; d'importantes questions médicales peuvent s'élever relativement à de prétendues infractions aux conditions de la police. La liste des maladies spécifiées en comprend une grande variété: affections de la tête, apoplexie, paralysie, épilepsie ou convulsions, maladies du cerveau, aliénation mentale, maladie des poumons, crachement de sang, asthme, inflammation, maladies du cœur, hydropisie, maladies des intestins, du foie, des reins ou des organes urinaires, goutte, rhumatisme, hernie, phthisie, ou toute autre maladie héréditaire.

Dans les propositions de quelques compagnies, le terme obscur de « Convulsions » est mis en relief; mais il est difficile de savoir ce que signifie proprement ce mot ainsi isolé. Il paraît avoir été emprunté au vocabulaire des statisticiens qui ont rédigé des tables de mortalité sous le règne de Charles II. C'est ainsi qu'il peut comprendre l'apoplexie, l'épilepsie, la paralysie, la syncope, les convulsions, qui proviennent de n'importe quelle cause, et même l'asphyxie. Cette expression est trop vague pour un certificat, et l'on devrait l'écarter. Cependant une cour de justice ne permettra pas à des assureurs de profiter de l'emploi dans leur contrat de termes ambigus, et c'est pour cela qu'elle restreint d'ordinaire la signification du mot *convulsion* aux attaques d'épilepsie. La principale condition, cependant, est impliquée dans ces termes : « *Toute autre maladie ou désordre tendant à abréger la vie.* » C'est d'ordinaire sur la signification de ces mots que s'élèvent des difficultés, et que l'on demande l'opinion d'experts médicaux.

Il est impossible de donner des règles générales pour dé-

terminer quelles maladies tendent à abréger la vie et quelles sont celles qui n'y tendent pas. On peut appeler ainsi toutes les indispositions ; mais la loi délimite ici nettement la signification de ces mots en ne les appliquant qu'aux maladies qui, au point de vue médical, sont regardées comme sérieuses, et qui, dans la règle, peuvent directement ou indirectement affecter la durée de la vie de toute personne qui en souffre. Ce fut là la solution donnée à cette question dans l'affaire Watson, contre Mainwaring, dans laquelle le payement du montant de la police fut refusé, parce que l'assuré souffrait au moment où il contractait l'assurance, de ce que l'on appelle une *dyspepsie organique*, et que ce fait avait été tenu caché aux assureurs. On posa au jury la question de savoir si la maladie dont le décédé avait été affecté, et de laquelle il était mort, était au temps de l'assurance une dyspepsie ordinaire ou organique.

Le juge, en posant la question au jury dit : « Toutes les indispositions ont plus ou moins de tendance à abréger la vie, même les plus légères ; par exemple, les cors aux pieds peuvent finir par la gangrène, mais ce n'est pas là le sens de la clause. Si l'on devait considérer la dyspepsie comme une maladie tendant à abréger la vie, la moitié des hommes de loi ne pourraient assurer leur vie. » Nous apprenons par cet exemple qu'une personne peut mourir d'une maladie dont elle souffrait à l'époque de l'assurance, et ses représentants recouvrer cependant le montant de la police, lorsque la maladie dont est morte la personne, n'abrége pas habituellement la vie. C'est là une interprétation équitable; car les assureurs n'ont pas le droit de forcer le sens des termes de la police, ni de prendre avantage de ce que l'on regarde comme un résultat accidentel. D'autres décisions nous apprennent que, pour rendre une police valide, il n'est pas nécessaire que l'assuré ait été, au moment où l'assurance a été contractée, entièrement libre de

tout germe d'indisposition ou de maladie cachée. Une personne peut souffrir d'une indisposition encore inconnue, ulcération de l'estomac ou des intestins, par exemple. amenant une perforation; mais lorsque, comme cela arrive d'habitude, ce désordre n'est connu ni d'elle ni de son médecin, les assureurs sont forcés d'en courir les risques. Dans l'affaire de sir James Roos, lord Mansfield soutint que la garantie était suffisante, lorsque, au moment de l'assurance, la personne était dans un état moyen de bonne santé. Une vie peut être bonne à assurer quoique la personne souffre de quelque infirmité corporelle.

D'un autre côté, les maladies tendant à abréger la vie ne sont pas seulement celles qui ont généralement un cours rapide et fatal, comme la phthisie et le squirrhe. Ces mots peuvent s'appliquer à l'hydropisie, à la goutte, à l'asthme, à l'aliénation mentale et à plusieurs maladies chroniques. Lorsque l'on dissimule aux assureurs l'existence de ces affections ou même quelque tendance bien marquée qui y amène, ou lorsque par méprise on omet de les signaler, même sans intention frauduleuse, la police est annulée dans le cas de la mort, parce que le risque couru est différent en réalité de celui que l'on entendait courir, lorsque le contrat a été signé. De telles maladies ne sont pas nécessairement mortelles, mais là n'est pas la question : leur endance est d'abréger la durée probable de la vie, et le contrat est annulé si l'on peut établir clairement au point de vue médical, qu'il y a eu quelques affections chroniques ou aiguës qui aient été cachées avec intention.

Au mois de décembre 1862, fut plaidée une affaire dans laquelle on prétendit que l'existence de la goutte avait été dissimulée. (*Procès de Jordkes contre la Compagnie d'assurances de Manchester et Londres.*) Le décédé Jordkes, voyageur de commerce, âgé de quarante-cinq ans, fit en 1860 une police sur sa vie pour 1000 l. (25 000 fr.); il mourut en juin 1861

La Compagnie refusa de payer, en alléguant que les réponses du défunt avaient été fausses, et qu'il y avait eu suppression d'un fait important. On lui avait demandé, paraît-il, s'il avait jamais été *atteint de goutte*, et il avait répondu : « Non. » On lui avait demandé s'il avait essayé de se faire assurer auprès d'une autre Compagnie, et si dans ce cas, sa vie avait été acceptée ; il avait répondu qu'elle avait été proposée et acceptée au taux ordinaire. C'étaient là les réponses que l'on prétendait fausses. Un chirurgien de la Compagnie déclara qu'en mai 1858, le défunt avait souffert de goutte rétrocédée. Il avait eu une attaque « extrêmement légère », qui n'avait duré que quarante-huit heures environ. Le chirurgien n'avait pas dit au défunt que c'était la goutte ; mais il pensait que ce dernier était mort de goutte rétrocédée, revenue sous une forme plus grave. On montra une proposition du défunt à une autre Compagnie, proposition que celle-ci avait refusée. De la part du demandeur, on contestait qu'il y eût évidence que le défunt eût jamais été « atteint de goutte ». Le président de la cour suprême (lord Chief Justice) laissa au jury à décider : 1° si les réponses de l'assuré avaient été fausses et ensuite si elles l'avaient été à sa connaissance ; 2° avait-il été « atteint de goutte »? Il fallait considérer la question avec une latitude convenable, et il ne s'agissait pas de savoir si cette personne avait eu quelques symptômes passagers, qu'un médecin très-perspicace pouvait attribuer à la présence d'un accès de goutte rentrée ; mais s'il y avait de la goutte dans une forme sensible et appréciable ? Il avait été constaté par le chirurgien dès avant la proposition, que ç'avait été le plus léger accès possible de goutte. Pour la seconde question, à savoir : si la vie avait été proposée à quelques autres Compagnies, et acceptée ou réformée? Il se trouva que la vie avait été proposée à deux Compagnies, et avait été acceptée par l'une et refusée par l'autre. L'assuré avait-il donné une

réponse vraie, en disant simplement qu'il avait proposé sa vie et qu'elle avait été acceptée? La question sans doute n'était pas dans la forme la plus compréhensible, mais la réponse y avait-elle été faite pleinement et loyalement d'après la signification la plus claire, en ne disant rien de la proposition qui avait été refusée?

Le juge n'était pas de cet avis, mais il s'en remettait au jury. Cependant il pensait, en outre, qu'il n'était pas exactement vrai de dire que la vie avait été « acceptée » dans le sens où l'on emploie d'ordinaire ce mot, car elle n'avait été acceptée dans aucune Compagnie, après une demande en assurance; elle avait simplement été approuvée par le médecin. C'était au jury à décider si l'une ou l'autre des réponses était fausse et dans ce cas, si elle l'avait été à la connaissance de l'assuré. Le jury déclara que l'assuré n'avait pas été atteint de goutte à l'époque de l'assurance, et déclara aussi que la réponse à l'autre question était fausse, mais non pas à la connaissance de l'assuré. Le président (lord Chief Justice) fit rendre le verdict en faveur du demandeur, sous la réserve que la cour déciderait si le faux infirmerait le jugement.

V. — APPRÉCIATION DES EFFETS DE CERTAINS VICES DE CONFORMATION, INFIRMITÉS ET HABITUDES SUR LA DURÉE DE LA VIE.

D'un autre côté, il se peut qu'une personne n'ait aucune maladie à l'époque où elle contracte l'assurance, mais que ses *habitudes* soient de nature à altérer en général la santé et aient ainsi une tendance à abréger la vie. La dissimulation de ces habitudes dont l'effet sur la santé doit ou devrait être connu de tous les médecins, peut être tout aussi fatale

à une police que la dissimulation d'une maladie sérieuse. Quoiqu'on ne puisse pas toujours les comprendre dans les questions faites par les Compagnies, la loi décidera cependant qu'équitablement les assureurs doivent être informés de toutes les circonstances qui peuvent en quelque manière modifier les risques qu'ils courent. C'est ainsi que des habitudes d'ivrognerie, dissimulées, ont donné lieu à des questions médicales d'une grande importance ; et dans un exemple remarquable qui sera mentionné ci-après, s'éleva la question de savoir si l'habitude de manger de l'opium, qui avait été cachée aux assureurs, avait ou non une tendance à abréger la vie.

Quelques faits dévoilés récemment, de nature en partie criminelle et en partie civile, ont rendu les Compagnies d'assurances beaucoup plus sévères dans leurs questions. Dans les règles que nous avons déjà mentionnées, il est posé une question spéciale sur l'existence des faits matériels relatifs à la santé ou au genre de vie, et l'on demande si la personne est ou n'est pas d'habitudes tempérantes. Tous les faits sur lesquels portent ces questions doivent être mentionnés, pour peu qu'ils soient connus du médecin ordinaire. L'existence de telles habitudes est naturellement connue à la personne elle-même, et la déclaration qu'elle signe est si explicite, que, si elle cache intentionnellement ces habitudes, elle ne peut raisonnablement se plaindre que la police soit annulée et les primes acquises à la Compagnie.

L'affaire de van Lindersau contre Desborough, qui fut plaidée par-devant le Banc du roi, sous la présidence de lord Tenterden, en octobre 1828, montre que les médecins sont tenus, au risque d'invalider la police, de constater exactement l'état corporel de la personne qui se propose d'assurer sa vie, autant qu'on peut le diagnostiquer par l'observation.

Le 16 juin 1824, fut faite une police pour la somme de

3208 livres (80 200 fr.), à la Compagnie d'assurances *l'Atlas*, sur la vie du duc de Saxe-Gotha, qui était à cette époque à l'étranger. Le duc mourut le 11 février 1825, neuf mois après l'époque où l'assurance avait été faite ; et le payement de la police fut refusé, par la raison qu'il y avait eu dissimulation matérielle de l'état de santé exact de l'assuré. Il fut prouvé que, quelque temps avant l'assurance, le duc était malade, et qu'à l'époque où l'assurance fut contractée, il était en enfance et n'avait pas parlé depuis deux ans. Il avait souffert d'une affection du cerveau, sa santé ne s'améliora pas après l'assurance, et il mourut finalement d'une attaque de paralysie. Le certificat d'après lequel l'assurance avait été contractée, avait été signé par deux médecins allemands, les docteurs Dorl et Ziegler. Ils y disaient que l'état général de la santé du duc était bon ; mais ajoutaient qu'il avait la parole embarrassée, et une affection de l'œil gauche. Il était également affirmé qu'il était parfaitement exempt de maladies ou symptômes de maladies. En examinant la tête, on trouva à la paroi interne du crâne, une large tumeur qui exerçait une pression sur le cerveau. Cette tumeur était évidemment d'ancienne date et avait probablement été la cause des symptômes que l'on avait observés et de la mort. On trouva 10 onces, environ 300 grammes de sérum épanché dans le cerveau.

Avant que l'assurance fût contractée, un agent que les assureurs avaient en Allemagne, les avait informés, paraît-il, que le duc avait mené une vie dissolue par suite de laquelle il avait perdu l'usage de la parole, et aussi, de l'avis de quelques personnes, ses facultés mentales ; c'était là-dessus que la Compagnie avait demandé une prime presque double de l'ordinaire. Les assureurs prétendaient qu'il y avait eu dissimulation matérielle de l'état réel de santé du duc, à l'époque où l'assurance avait été effectuée. Feu M. Green, qui parut comme témoin pour le demandeur,

réclamant le montant de la police, reprit l'historique de la question, et fit valoir la considération qu'il n'y avait pas eu de symptômes de maladie organique, quoique les symptômes mentionnés eussent pu conduire à diagnostiquer une maladie du cerveau. En réponse à une question de lord Tenterden, il déclara que, s'il avait été consulté comme médecin par une Compagnie d'assurances sur la santé d'un homme qui refusait de se remuer, dont on surveillait tous les pas et qui avait perdu la parole, il aurait regardé comme son devoir de mentionner toutes ces circonstances. Lord Tenterden chargea le jury de décider la question de savoir s'il y avait eu dissimulation de faits matériels relatifs à la santé du duc. Le demandeur fut débouté, et plus tard on ne lui permit pas de faire juger de nouveau la question.

La réponse donnée par M. Green était, sans aucun doute, telle que tout homme consciencieux l'eût donnée en pareille circonstance. Lorsqu'un expert médical paraît devant une cour de justice, c'est pour dire *toute la vérité,* aussi bien qu'il peut l'apprécier, et non pas pour faire bien ou mal les affaires de la personne qui l'y appelle. D'un autre côté, il est clair que les docteurs Dorl et Ziegler ont donné un certificat très-peu clair. Il est possible qu'ils ne fussent pas en mesure d'exprimer aucune opinion sur l'existence d'une tumeur dans le cerveau; mais ils ont eu tort de ne pas constater l'état réel du duc. S'ils connaissaient son état de santé à cette époque, ils méritaient des reproches; s'ils ne le connaissaient pas, ils n'avaient pas le droit de signer un certificat quelconque. De ce qu'un homme jouit dans le moment actuel d'une santé corporelle passable, il ne suit pas de là que des faits de cette nature, témoignant d'un désordre considérable dans le système nerveux, puissent être cachés aux assureurs. A quelque cause qu'elle tienne, l'imbécillité doit toujours être mentionnée.

Quelques praticiens sont d'avis que, pourvu qu'ils puissent

certifier que la personne est en bonne santé au temps de l'assurance, c'est tout ce que les assureurs doivent savoir. L'assuré nourrit ordinairement la même opinion, et, après avoir été traité par un médecin pour une maladie, il s'adresse à un autre qui lui est comparativement étranger pour témoigner de sa santé devant l'assurance. Nous ne saurions admettre ce système qui est quelquefois le résultat d'une méprise, d'autres fois d'une fraude. Si les médecins refusaient de signer les certificats dans ces occasions, non-seulement ils se préserveraient des reproches, mais encore ils feraient faire un bénéfice à l'assuré en l'empêchant d'obtenir une police dont les termes pourraient être invalidés à sa mort et faire encourir la confiscation de ses primes. De tout ce que nous avons dit, on conclura facilement que l'état exact de la santé de la personne, à l'époque de l'assurance, ne représente pas la totalité des risques que court la Compagnie. Il se peut que le rétablissement, comme dans le cas d'une maladie de poumons, ne soit que temporaire, il peut être suivi assez rapidement de la phthisie, et c'est pour cela que les assureurs devraient être informés tout aussi bien des antécédents que de l'état actuel de leur client. Les conditions de la déclaration sont si explicites sur ce point, qu'il est à peine nécessaire de mettre cette addition au certificat. La maladie dont le client a souffert peut avoir été insignifiante, et n'avoir offert aucun danger ; néanmoins il est plus sûr encore de la mentionner ; ce sera alors ceux qui ont à courir le risque qui choisiront. Lorsque des faits de cette nature sont ou dissimulés ou incomplétement constatés, la question de savoir jusqu'à quel point ils doivent ou non être portés à la connaissance des assureurs, est toujours abandonnée au jury, qui est guidé dans son verdict par son bon sens naturel aussi bien que par les opinions médicales. D'après une décision de la chambre des lords dans l'affaire d'Anderson contre Fitzgerald, il paraîtrait que c'est

la sincérité des réponses données et non leur contenu effectif qui influa sur le verdict. Dans une affaire jugée en décembre 1856, lord Campbell soutint que la dissimulation de la vérité de la part d'une personne dont la vie était assurée, n'annulerait pas la police si la partie contractant l'assurance était innocente et ignorait cette dissimulation.

Quelques médecins ont adopté le système de signer des certificats, mais en refusant de donner aucune réponse écrite à certaines questions, comme, par exemple, cette question générale : Pouvez-vous donner quelques renseignements sur les habitudes de la personne à assurer? Si le médecin ne sait rien sur ses habitudes, cela devra être mentionné ; si, au contraire, nous connaissons quelques habitudes qui affectent la santé, nous ferions tort à l'assuré et à nous-mêmes en gardant pour nous les renseignements que nous pourrions donner à ce sujet. Il se peut que ce silence soit une raison pour l'assurance de demander une prime plus élevée qu'elle ne l'eût été si les faits eussent été connus ; et s'il n'en est pas ainsi, cette omission peut donner lieu plus tard à un procès. Ainsi, dans l'affaire du comte de Mas, le payement de la police fut refusé par la raison que le comte avait l'habitude de manger de l'opium. Son médecin avait répondu favorablement à une question *spéciale* sur ses habitudes, si elles étaient sédentaires ou actives, sobres ou non ; mais il avait négligé de répondre à la question *générale* sur les habitudes, et, à la mort du comte, il se trouva qu'il avait l'habitude de manger de l'opium bien avant d'avoir contracté l'assurance. Il est possible que ce fait n'ait pas été connu de son médecin, mais puisqu'il faut cependant signer le certificat, il est toujours meilleur de répondre à la question ou affirmativement ou négativement, que de laisser la Compagnie inférer du silence quelque chose de défavorable, ou de rendre la police sujette postérieurement à discussion.

Dans l'affaire de madame Elgie, le payement du montant d'une police fut refusé dans les circonstances suivantes : L'assurée avait été, quelque temps avant l'assurance, d'une santé délicate, et en 1821, on pensait que les symptômes qu'elle présentait étaient ceux de la phthisie. En 1822, elle fut malade à deux reprises, de manière à donner des inquiétudes. Au mois de décembre de cette année, désirant assurer sa vie, elle appela auprès d'elle un médecin de ses amis qui ne l'avait pas traitée auparavant, pour l'examiner et témoigner de son état de santé. Il examina, paraît-il, spécialement l'état de ses poumons et de son foie, et les trouvant à son avis en bonne santé, il certifia que l'état ordinaire de sa santé était bon. Le 19 mars 1823, il donna un autre certificat de la même teneur, d'après lequel l'assurance fut contractée au mois d'avril 1823. Madame Elgie mourut d'une maladie des poumons en avril 1824. On refusa le payement, en alléguant qu'il y avait eu dissimulation de faits matériels concernant la santé de l'assurée. Il paraît que l'assurée, à l'insu du médecin qui avait donné ce certificat, avait été soignée entre le mois de décembre 1822 et le 19 mars 1823 (du certificat), par un praticien demeurant dans son voisinage, pour un rhume, et qu'elle avait beaucoup maigri. Ce médecin cependant pensait qu'il n'y avait pas de maladie organique, opinion confirmée par l'examen qu'il fit pour le certificat donné au mois de mars. En effet, la circonstance que la défunte avait eu cette maladie, avait été cachée aux assureurs. Le jury pensa que, bien qu'il y eût eu dissimulation, elle n'avait pas été matérielle, et son verdict fut rendu contre les défendeurs. L'autorisation d'intenter un nouveau procès fut accordée, mais le verdict fut de nouveau rendu contre eux. La vérité est que la dissimulation d'une très-légère maladie ne peut pas vicier une police ; cependant, le contrat étant un de ceux que l'on nomme *uberrimæ fidei*, c'est du plus mauvais calcul, soit

de la part de l'assuré, soit de la part du médecin qui signe le certificat, de cacher aux assureurs n'importe quelle maladie ou n'importe quels soins médicaux venant d'ailleurs. On pourra, en effet, toujours prétendre que la connaissance de ces faits aurait conduit à empêcher la police, ou aurait fait une différence dans le montant des primes annuelles. C'est pourquoi une partie de nos devoirs, lorsque nous signons un certificat après un examen attentif, consiste à savoir si l'assuré a ou n'a pas été soigné auparavant par un autre praticien.

Il se plaida par-devant les assises d'été du comté de Warwick en 1844 (Gealh contre Ingall), une affaire dans laquelle on allégua que l'existence de la phthisie (consomption pulmonaire) ou de ses symptômes avait été cachée à la Compagnie. De la part du demandeur, le médecin de l'assuré fut appelé, et il certifia qu'en 1840, lorsque la police avait été faite, il croyait le défunt bien portant et sa vie assurée. Un médecin qui examina le défunt au mois de février de la même année, déclara qu'à son avis la poitrine du défunt était bonne, et qu'il le considérait comme « une très-bonne vie ». Deux médecins furent appelés par les défendeurs et déposèrent que le défunt avait craché du sang avant de contracter l'assurance et qu'il avait présenté, en 1840, des symptômes très-marqués de consomption, d'où l'on concluait que la consomption avait dû exister à l'époque de l'assurance. Il était évident qu'il y avait une disposition générale à la phthisie dans la famille. Le père en était mort, et sans nul doute, l'assuré en était mort en décembre 1843, trois ans et demi après que la police avait été faite. Les deux affirmations étaient donc en présence, mais l'existence de la maladie à l'époque de l'assurance n'était pas prouvée, ce n'était qu'une présomption ; le jury rendit son verdict en faveur du demandeur. Il y eut un second et un troisième procès, sous le prétexte que l'instruction avait

été mal dirigée par les juges ; mais dans les deux cas, le verdict fut de nouveau rendu en faveur du demandeur. Il est très-probable que les germes de la phthisie existaient chez l'assuré ; mais à moins qu'il n'y en eût quelques preuves claires et évidentes, on ne pouvait rien démontrer. S'il suffisait d'avoir des preuves inductives de ce genre, pour annuler un contrat d'assurances, on pourrait disputer facilement et avec succès le payement de la plupart des polices. Si le défunt était mort peu de temps après l'assurance, il y aurait eu plus de probabilité en faveur du point de vue adopté par la Compagnie ; mais il vécut encore près de quatre ans, et il suit de là que, si les symptômes avaient existé réellement à l'époque de l'assurance (faits dont il n'y avait pas de preuve directe puisque le médecin de la Compagnie avait donné un certificat en faveur de la vie), la maladie eût été d'un genre essentiellement chronique.

Dans une affaire où une hernie étranglée fut la cause de la mort, le défunt avait assuré sa vie d'après sa propre déclaration et d'après un certificat médical. Il mourut environ treize mois après, des suites de l'opération d'une hernie étranglée. Le médecin qui avait signé le certificat déclara dans le procès que le défunt n'avait jamais eu de hernie et qu'il ne l'avait jamais soigné pour cette maladie. Cependant on produisit une lettre dans laquelle le médecin avait admis chez le défunt l'existence d'une hernie quatre mois avant sa mort. Le médecin nia la vérité de cette déclaration et affirma que la tumeur qu'il avait réduite par le taxis était un varicocèle. La question était de savoir si la hernie avait existé ou non, et si elle avait été dissimulée aux assureurs à l'époque où l'assurance avait été contractée. Les paroles consignées dans la lettre reportaient la période où l'existence de la hernie avait été alléguée, à cinq mois après la délivrance du certificat, et le défunt avait positivement relaté dans la déclaration qu'il n'était pas et n'avait jamais

été affecté de hernie; le certificat médical avait la même teneur. Un médecin vint déposer qu'il avait été consulté par le défunt et qu'il l'avait trouvé souffrant d'une hernie irréductible cinq mois avant l'époque de l'assurance. Ce praticien déclara qu'il avait alors prévenu le défunt qu'il avait une hernie inguinale, il essaya de la réduire, mais il ne put y réussir. Ces faits, prétendait-on, n'avaient pas été exposés aux assureurs à l'époque de l'assurance; d'autre part, deux médecins, y compris l'opérateur, pensaient que la hernie était tout à fait récente. L'opérateur n'avait pas trouvé d'adhérences et il n'y avait rien eu qui pût le conduire à supposer que la hernie datât de quatorze mois. Il était donc évident que le témoin qui, dans sa déposition, avait affirmé l'existence d'une hernie inguinale avant l'assurance, avait pu se tromper dans son diagnostic et avoir confondu un hydrocèle ou un varicocèle avec une hernie; mais, en admettant qu'il en fût ainsi, l'existence de n'importe quelle tumeur à pareille place n'eût pas dû être dissimulée à la Compagnie ou à son médecin. Le jury déclara dans son verdict qu'il n'y avait pas eu fraude, mais que le défunt avait une hernie à l'époque où il avait contracté l'assurance. On accorda un second procès et le verdict fut alors rendu en faveur des demandeurs.

Si, dans n'importe quelle circonstance, un jury trouvait qu'il y eût dissimulation réelle, la conséquence légale serait l'annulation de la police. Il n'est pas du tout nécessaire que la personne meure de la maladie dissimulée. Cette règle fut établie par lord Tenterden dans l'affaire d'un certain *colonel Lynn*. Le colonel avait assuré sa vie par deux polices, en mai et juin 1823; il mourut d'une fièvre rémittente bilieuse au mois d'octobre de la même année. Le payement fut refusé sous le prétexte qu'il y avait eu faux exposé ou dissimulation de la maladie. Le colonel Lynn avait donné à l'assurance un certificat de sa santé provenant d'un méde-

cin qui ne l'avait pas soigné depuis trois ans. Les réponses aux questions imprimées étaient qu'il n'avait pas eu d'autre médecin et qu'il n'avait jamais eu « de maladies sérieuses ». Le médecin auquel il en avait référé avait certifié que sa vie était assurable, et la police avait été faite. On put prouver cependant que le défunt avait été soigné par deux autres praticiens, aux mois de février et avril 1823, pour hépatite, fièvre et transport au cerveau. L'un de ces médecins employa un traitement très-énergique; il considérait le défunt comme étant dans un état dangereux et n'aurait pas voulu affirmer qu'il fût en santé avant la fin du mois de mai 1823. Tout le monde s'accordait à dire que le défunt n'était pas mort de la maladie pour laquelle il avait été ainsi soigné. Lord Tenterden déclara qu'à son avis un homme qui s'en rapportait à un praticien parce qu'il pourrait dire du bien de sa santé et ne s'en rapportait pas à d'autres parce qu'ils n'en diraient pas de bien, méritait que la police fût annulée, même s'il ne mourait pas de la maladie dont il était affecté alors. Le verdict fut donc rendu en faveur des défendeurs.

La méthode de s'en rapporter à des médecins que l'on n'aurait consultés que récemment est assez fréquente. L'opinion du médecin habituel pourrait être défavorable, ou bien il pourrait témoigner de l'existence d'habitudes qui empêcheraient la vie d'être assurée ou qui la feraient assurer à une prime très-élevée. Cependant ce manque de loyauté n'arrive pas à son but; il y a un procès très-coûteux et la police est d'ordinaire annulée par la justice. L'affaire de Wilshere contre Brown, jugée par-devant lord Albinger à l'Échiquier en décembre 1842, et celle de Palmer et Fish contre Irving plaidée devant les assises d'été du comté de Norwich en fournissent des exemples. Dans le second cas, le défunt avait affirmé qu'il n'avait jamais eu de médecin. Sa vie fut assurée pour une forte somme le 21 novem-

bre 1842 et il mourut le 5 décembre suivant; il y avait lieu de croire qu'il était mort d'une phlegmasie pulmonaire, mais il fut prouvé qu'il y avait eu des symptômes de phthisie et qu'il avait été soigné par trois médecins peu avant de contracter son assurance; c'était une dissimulation et la police fut annulée pour cause de fraude.

Une singulière affaire fut jugée à Glascow, en 1837; on y suivit une marche inverse de celle que suivent les Anglais en pareil cas. La Compagnie d'assurances intenta un procès aux représentants de l'assuré dans le but de savoir si la police n'avait pas été obtenue par quelque dissimulation ou faux exposé de la maladie. Le 10 décembre 1833 avait été contractée une assurance sur la vie de madame Ralston; sa propre déclaration portait qu'elle était en bonne santé et n'avait aucune indisposition ni maladie tendant à abréger la vie. Elle s'en rapporta à son médecin habituel, qui certifia qu'il la connaissait depuis dix ans et lui donnait les soins de sa profession, qu'elle avait été pour la dernière fois malade au mois de septembre 1833, « que son indisposition était des aigreurs d'estomac », que jamais, à sa connaissance, elle n'avait eu aucune maladie de nature à avoir une influence générale sur sa santé; qu'elle était alors (30 novembre 1833) parfaitement bien portante et qu'elle n'était sujette ni à des convulsions ni à aucune affection du cerveau, si ce n'est quelquefois à de légers maux de tête provenant des aigreurs de l'estomac; il ne connaissait aucune circonstance dans ses occupations ou son genre de vie qui pût tendre à altérer sa santé ou à abréger sa vie. Madame Ralston mourut d'apoplexie, le 3 septembre 1834, neuf mois après la signature de la police. La Compagnie allait en payer le montant, lorsqu'un procès fut intenté par le médecin contre les exécuteurs testamentaires de la défunte pour le payement de 162 livres (4050 fr.) pour soins médicaux donnés à madame Ralston, depuis le 15 septembre 1833 (deux mois avant la

date de la police) jusqu'au 4 juin 1834. Les arbitres accordèrent au demandeur 145 livres (3625 fr.). On fit apporter ses livres et l'on vit alors que depuis le 19 septembre jusqu'au 3 décembre 1833 (date de la proposition d'assurance) il lui avait fait trente-cinq visites médicales, la plupart de longue durée. Son journal prouva en outre qu'elle avait été fréquemment saignée, que sa tête avait été rasée, qu'on y avait mis des vésicatoires et qu'on lui avait appliqué des sangsues sur les tempes. Elle avait de même été saignée constamment après l'assurance, et dans les premiers mois de 1834 elle avait eu plusieurs attaques d'épilepsie. Trois témoins médicaux déposèrent que la déclaration de la défunte et les certificats donnés par son médecin n'avaient pas révélé l'état véritable de sa santé, qu'il y avait eu faux exposé ou dissimulation de faits matériels. Ce fut aussi l'opinion du juge et le verdict fut rendu en faveur de la Compagnie. Quoique la maladie antérieure à l'assurance pût très-bien n'avoir eu aucun rapport avec la mort par apoplexie, il fut décidé que les assureurs eussent dû en être informés.

Parmi les maladies dont la dissimulation occasionne le plus souvent des procès au sujet des polices, on peut citer la goutte, l'hydropisie, la paralysie, l'épilepsie, l'hémoptysie, les débuts de la phthisie, le *delirium tremens;* on pourrait y ajouter l'ivrognerie, l'intempérance et les habitudes irrégulières.

Habitudes d'intempérance. — Dans un grand nombre de cas, le payement des polices est refusé pour cause d'ivrognerie cachée et d'intempérance en général. Il y a quelques difficultés dans ces cas-là, parce que les médecins peuvent avoir des opinions différentes touchant les effets que ces habitudes exercent sur la santé, et le degré jusque auquel on peut les porter sans avoir rien à craindre. Une chose cependant est certaine : quelle que soit notre opinion de leur

effet sur la santé, nous sommes tenus, lorsqu'elles nous sont connues, de déclarer qu'elles existent et de mettre ainsi la Compagnie hors d'état de discuter une police sous ce prétexte. Par suite de la dissimulation fréquente d'habitudes de ce genre, quelques Compagnies ont adopté le système d'en faire une question spéciale à laquelle elles voudraient toujours voir donner une réponse clairement affirmative ou négative : « Êtes-vous et avez-vous toujours été d'habitudes tempérantes ? »

Lorsqu'on allègue l'intempérance, nous trouvons non-seulement les opinions médicales en conflit, mais encore beaucoup de contradictions parmi les témoins. Il devient alors une question de savoir ce que c'est que l'intempérance. La réponse y est faite d'après les idées particulières de chaque témoin.

Une affaire qui fut jugée à Exeter aux assises du printemps, en 1832 (Southcomb contre Merriman), montrera la difficulté d'arriver à la vérité. Le payement d'une police était refusé par une Compagnie pour cause d'habitude d'intempérance dissimulée. Lors du procès, les représentants de l'assuré appelèrent douze témoins pour prouver que le défunt avait été un homme très-tempérant, tandis que la Compagnie en eut vingt et un pour démontrer qu'il était habituellement intempérant. Un des témoins pour la tempérance (du côté des demandeurs) définissait l'ivrognerie « l'état où un homme a perdu sa raison, ne peut donner une réponse convenable, n'est pas capable de vaquer à ses affaires, a perdu l'usage de ses jambes et où l'on est forcé de le porter chez lui ». Il admettait que le défunt avait à l'occasion bu sans interruption pendant trois ou quatre jours, mais c'était un fait très-rare. Le médecin qui avait donné le certificat déclara que la vie du défunt était très-bonne à assurer et qu'il le considérait comme d'habitudes sobres et tempérantes. Il n'avait pas cru devoir informer la

Compagnie de débauches accidentelles, parce qu'il ne pensait pas que l'habitude de boire pût exercer quelque influence sur la santé. Plusieurs témoins prouvèrent que le défunt buvait des quantités énormes de bière et qu'il en fallait une grande quantité pour l'enivrer.

L'assurance fut faite au mois d'octobre 1839 et l'assuré mourut en avril 1841, d'une inflammation des poumons; mais, d'après l'opinion des témoins médicaux, cela ne provenait pas d'excès de boisson. Nonobstant la dissimulation de ces faits, le jury rendit un verdict qui condamnait la Compagnie à payer le montant entier de la police qu'on réclamait, mais plus tard on obtint l'autorisation pour un nouveau procès. Ce cas montre combien les vues que l'on a sur les questions médicales d'assurances sur la vie sont fausses et dangereuses. Dans un cas comme celui-ci il était évidemment du devoir du médecin de mentionner ces habitudes d'intempérance. Il eût pu, s'il eût voulu, ajouter au certificat qu'à son avis elles n'affectaient pas la santé de la personne, mais les défendeurs qui devaient courir le risque auraient été mis en état de se former à eux-mêmes leur jugement.

Dans le cas de M. H. G. Talbot (Craig contre Fenn, décembre 1841), où aucune réponse n'avait été faite à la question si le défunt était d'habitudes tranquilles et tempérantes et où en conséquence la Compagnie avait demandé une prime plus élevée, le jury rendit un verdict en faveur de la Compagnie, parce que la condition réelle de l'assuré n'avait pas été portée à la connaissance des assureurs à l'époque où l'assurance avait été faite.

Dans l'affaire de Hutton contre l'association sur la vie *Waterloo* (décembre 1859), un procès fut intenté par une veuve pour le recouvrement de 2500 livres (62 500 fr.), montant d'une police faite en avril 1854 sur la vie de son mari. Le payement fut refusé, par la raison que les réponses écri-

tes faites par le défunt aux questions posées par la Compagnie étaient fausses, et que par conséquent le contrat qui reposait sur elles était annulé. Une des questions était: s'il était sujet au *delirium tremens* ou à toute autre maladie ayant pour effet d'abréger la vie ; il y avait répondu négativement. Une autre, celle de savoir s'il était d'habitudes sobres et tempérantes; il y avait répondu affirmativement. Une troisième demandait le nom et la demeure de son médecin habituel pour être renseigné par lui sur l'état présent et général de sa santé. A quoi il répondit : « Docteur Cobb. » Il s'agissait maintenant de savoir si ces réponses étaient vraies. Le procès avait déjà été une fois jugé et le demandeur obtint un verdict; mais la cour autorisa un second procès, par la raison que le jury n'avait pas rendu de verdict.

Dans cette affaire il fut prouvé, au point de vue médical et général, que le défunt était d'habitudes intempérantes, qu'en mai 1854 il avait eu le *delirium tremens*, maladie de laquelle il mourut en 1856; de plus, que le docteur Cobb, auquel il adressait comme à son médecin habituel, ne l'avait pas soigné depuis 1851, et que depuis cette date jusqu'à celle de l'assurance il avait été soigné par un autre médecin, à qui il n'avait pas adressé la Compagnie, quoique ce fût son médecin habituel. Le jury décida en faveur des défendeurs sur les points principaux. Ce cas présentait deux traits curieux: 1° le témoignage médical prouvait que la première attaque de *delirium tremens* était survenue le 11 mai, après le contrat d'assurance, et 2° le médecin du défunt et le médecin de la Compagnie différaient beaucoup d'avis sur l'état sanitaire du défunt à l'époque ou à peu près où l'assurance avait été faite. Le médecin du défunt, témoin cité par la Compagnie, déclara dans sa déposition qu'il l'avait soigné dans une attaque de *delirium tremens*, le 11 mai, puis de nouveau le 28 mai 1854. Ces deux attaques

provenaient d'excès de boisson. Le rapport fait à la Compagnie par son propre médecin et daté du 22 mai 1854 donnait cependant une opinion très-favorable de la santé du défunt et le décrivait comme « une vie de premier ordre ». Dans les preuves qu'il apporta lors du procès, ce médecin déclara qu'il n'avait rien observé alors qui pût indiquer le *delirium tremens* ou des habitudes d'ivrognerie. Le défunt offrait l'image d'une santé parfaite. Cette divergence sérieuse ne put être atténuée par une seconde audition des témoins. La dissimulation d'habitudes d'intempérance fut clairement prouvée et ce fut là probablement ce qui décida le verdict du jury.

Des questions d'une nature semblable s'élevèrent dans le procès de Wheelton contre Hurdisty (Banc de la Reine, décembre 1856). Il avait été fait une assurance pour une somme très-élevée sur la vie d'un M. Jodrell; le payement de la police fut mis en discussion, sous le prétexte qu'il y avait eu dissimulation d'habitudes d'intempérance et que le *delirium tremens* existait à l'époque où l'assurance avait été faite. Le jury déclara qu'il y avait eu dissimulation et faux exposé de la maladie.

Un des cas les plus singuliers de cette nature, pour les contradictions médicales auxquelles il donna lieu, fut l'affaire de Rawlings contre Desborough, jugée par lord Denman, en décembre 1837. La principale question était de savoir si un M. John Cochrane, dont la vie avait été assurée, avait, oui ou non, des habitudes d'intempérance à l'époque de l'assurance et auparavant. Un certificat médical lui avait été donné pour prouver qu'il était tempérant. Cependant il était évident, au point de vue tant médical que général, que c'était un grand buveur. Un des témoins du défendeur déclara que « le défunt ne lui avait jamais paru boire assez pour se griser, qu'il ne l'avait vu ivre que cinquante ou soixante fois en quatre ans; enfin, que sa santé ne paraissait

pas altérée par ce qu'il buvait». Son groom déclara qu'il avait vu son maître gris environ une centaine de fois, mais non pas ivre-mort. Feu M. Travers avait examiné le défunt pour une Compagnie, et d'après ce qu'il avait vu, son avis était qu'on ne devait pas accepter la vie de cet homme. Il le considérait comme atteint de *delirium tremens*. Une observation faite par ce témoin et digne de remarque pour un praticien qui a des personnes à examiner pour une Compagnie d'assurances, c'est celle-ci: un homme peut avoir été intempérant pendant quelque temps et cependant présenter une apparence qui pourrait induire un observateur ordinaire à penser qu'il est dans la plénitude de la santé, tandis qu'il est capable d'avoir une attaque d'un moment à l'autre. Nonobstant des preuves assez fortes d'habitudes d'intempérance à une période antérieure à la date de l'assurance, le jury rendit un verdict pour les demandeurs, mais bientôt après on demanda un nouveau procès. Lord Deuman fit observer à cette occasion qu'à son avis la vraie signification de la *dissimulation matérielle* n'était pas que la personne dont la vie devait être assurée fût obligée de relater toutes les circonstances qu'on pourrait, après la mort, considérer comme de nature à affecter la vie. D'après lui, l'intention réelle de cette expression est que l'assuré doit se soumettre à un examen approfondi, qu'il est tenu de ne rien dire contre la vérité et de répondre sincèrement à toutes les questions. S'il refuse de répondre, la Compagnie peut agir en conséquence, et si sa réponse est fausse il ne retirera aucun bénéfice de ses allégations mensongères.

En février 1840 se plaida un procès par-devant M. Tindal (Pole contre Rogers) relatif à une police d'assurances sur la vie de M. Peter Cochrane, frère de M. John Cochrane, mentionné ci-dessus. L'assurance avait été faite en 1834. L'assuré mourut l'année suivante d'un hydrothorax produit, comme l'alléguaient les défendeurs, par de grandes habi-

tudes d'intempérance dont on leur avait caché l'existence. Il y avait autant de divergence, au point de vue général et médical, que dans le cas précédent, et l'affaire devenait une question de crédibilité. Le jury rendit, en faveur des demandeurs, un verdict d'après lequel il niait l'existence de l'intempérance, ou bien, dans le cas où elle aurait existé, il en considérait la dissimulation comme peu importante.

Ce cas est digne de remarque, parce qu'il implique une nouvelle question de jurisprudence médicale, à savoir: si nous devons considérer les effets *prochains* ou *éloignés* des habitudes d'intempérance sur le corps. Le solliciteur général qui parut dans l'affaire pour les demandeurs (les représentants de l'assuré) prétendit que ces expressions: « habitudes préjudiciables à la santé » étaient trop vagues. Fallait-il regarder cette phrase comme absolue ou comme relative? Il semblait faire reposer toute la question sur le fait que l'intempérance n'existait qu'à un certain degré dans le cas présent; mais il prétendait que des habitudes qui n'étaient pas du tout préjudiciables à la santé de telle personne pouvaient parfaitement faire mourir telle autre. Ainsi c'est une habitude très-commune de se coucher tard, elle peut être très-nuisible à la santé de quelques personnes et ne l'être pas du tout pour d'autres. Cette condition, d'après lui, est si vague, qu'elle permet à une Compagnie de contester le payement de n'importe quelle police, à moins que la signification de ces mots ne soit restreinte dans des limites bien définies. Le jury est obligé de voir si les prétendues habitudes d'intempérance ont existé depuis longtemps sans causer aucun mal; il lui faut examiner tout l'ensemble des habitudes de la personne, et voir si les effets de l'une ne sont pas contre-balancés par ceux d'une autre. L'assuré était un homme d'habitudes très-actives, et c'est pourquoi les excès de boisson ne lui faisaient pas le mal qu'ils eussent fait à une personne sédentaire.

Ce raisonnement ingénieux mais sophistique implique une question médicale importante. On sait bien que le mot *intempérance* est un terme relatif et peut être employé différemment par différents médecins experts; mais la question réelle, abstraction faite de tout sophisme, est celle-ci : une personne peut-elle faire un usage excessif de boissons alcooliques, sans que cette habitude amène tôt ou tard quelque altération de sa santé en produisant des désordres dans l'estomac ou dans le foie, et en affectant d'une manière secondaire différents organes? Il se peut que les effets de telles habitudes ne se montrent pas immédiatement, mais la Compagnie demande à être informée si elles existent ou non, et il ne lui suffit pas de les connaître à la période où elles affectent visiblement la santé et engendrent quelque maladie fatale. Prétendre qu'un homme peut être adonné à des excès de boisson, sans altérer sa santé, c'est contredire l'expérience générale. Il n'existe pas de compensation comme celle que le solliciteur général supposait dans ce cas. Il se peut qu'un homme s'habitue à l'intempérance, qu'il devienne capable de boire un liquide alcoolique en grande quantité, sans qu'à l'époque même cela paraisse exercer une action délétère, mais il en résultera tôt ou tard un dérangement de l'économie et probablement le *delirium tremens* et l'hydropisie surviendront. Une bonne constitution naturelle peut rendre un homme capable de résister à ces pernicieux effets pendant un certain temps, mais finalement ils se montreront dans une maladie de n'importe quelle forme; dans le cas de ces deux frères, le résultat de leur intempérance se montre dans la mort prématurée de tous deux. Il est malheureux qu'il ne soit pas possible de jeter quelque lumière sur de tels cas au moyen de la pathologie. Les autopsies ne se font pas toujours dans les cas pareils, car la mort étant, comme on dit, naturelle, on ne juge pas nécessaire ordinairement d'examiner le corps; et

cependant l'état du foie ou d'autres organes pourrait facilement, comme dans les exemples cités plus haut, écarter la difficulté qui résulte des témoignages contradictoires touchant les habitudes du défunt.

Dans tous les cas où une police est contestée, on agit uniformément d'après un principe important: ceux qui refusent de payer sont tenus de prouver ce qu'ils avancent d'une manière claire et évidente. Une cour ne se guidera jamais d'après des probabilités ou des conjectures; l'évidence doit être complète. C'est pour cela que bien des procès ne peuvent être poursuivis, parce que la médecine ne peut prouver autre chose, sinon que les maladies ou habitudes particulières existaient probablement à l'époque de l'assurance. Si l'on prouve que la maladie ou les habitudes ont existé certainement, l'évidence manque encore lorsqu'on ne peut démontrer que la dissimulation était volontaire ou qu'elle a pu voir une grande importance.

Il y a beaucoup d'instruction à tirer de ces cas contestés d'assurances sur la vie; ils montrent souvent la manière imparfaite dont on prend les observations médicales touchant la santé ou la maladie, et prouvent que le traitement médical des personnes dont la vie est assurée peut devenir une question importante dans le cas où une police est contestée. Dans l'affaire de Chattock contre Shawe pour une assurance sur la vie du colonel Greswold, il s'éleva une question, non-seulement à propos de la dissimulation d'intempérance, mais à propos de la dissimulation du *delirium tremens*, que révélaient, au dire des assureurs, l'examen de l'écriture du défunt aussi bien que des renseignements donnés par des témoins non médecins. On ne savait pas même ce qui avait causé la mort du défunt. D'après un des hommes de l'art, c'était une complication de choléra asiatique, de phrénitis et d'épilepsie. Il fut prouvé que plus de trois ans avant le contrat d'assurance ce gentleman avait

fait une chute, qu'après cela il avait eu une attaque, que les uns considéraient comme épileptique et les autres comme provenant d'un ébranlement du cerveau. L'existence de l'épilepsie et de l'intempérance avant l'époque de l'assurance ne put être prouvée de manière à satisfaire le jury qui rendit son verdict en faveur des représentants de l'assuré.

Dans l'affaire de Walters contre Barker, jugée aux assises d'été de Monmouth, 1844, le défunt avait assuré sa vie à l'âge de soixante ans, le 4 mai 1841. Il mourut au mois d'août de la même année; la Compagnie prétendit que la cause de la mort était une attaque de paralysie qui avait existé, prétendait-on, à une période bien antérieure de la vie de l'assuré. D'aucun côté on ne put donner de preuves médicales; il y avait simplement une présomption que la mort aurait pu provenir de paralysie. Le verdict fut donc rendu pour les demandeurs.

[C'est aux faits de cet ordre que pourrait être comparé celui qui a fait l'objet du remarquable mémoire de Marc, publié sous le titre de *Commentaire médico-légal sur l'article* 1975 *du Code civil* (1). Cet article annule tout contrat de rente viagère créée sur la tête d'une personne atteinte de la maladie dont elle est décédée dans les vingt jours de la date du contrat. Les principes qui régissent les assurances sur la vie sont assurément fort différents de ceux qui président à la constitution des rentes viagères. Mais si les intérêts des contractants sont autres, la constatation des faits médicaux dans les deux cas n'est pas moins importante et repose sur les mêmes bases. Le fait de Marc, dans lequel la médecine légale a joué un très-grand rôle, a donné lieu à de nombreuses consultations (2) émanées des hommes

(1) *Ann. d'hygiène publique et de méd. lég.*, t. III, p. 161.
(2) Docteur Ristelhuber, *Rapports et consultations de médecine légale.*

les plus éminents des trois facultés, Coze et Tourdes, de Strasbourg; Baumes, Vigarous et Delpech, de Montpellier; Chaussier, Desgenettes, Marc et Renauldin, de Paris. Il s'agissait de savoir si un individu hémiplégique depuis dix ans à la suite d'une première attaque d'apoplexie, et qui succombe à une dernière attaque deux jours après avoir passé un contrat de rente, doit être considéré comme déjà atteint le jour de la passation de l'acte de la maladie à laquelle il a succombé ; ou, en d'autres termes, si l'hémiplégie qui existait depuis dix ans et l'attaque d'apoplexie qui l'a fait périr ne forment qu'une seule et même maladie.

Bien qu'en matière d'assurances sur la vie les conditions antérieures de santé soient examinées soigneusement et forment en général la base du contrat, il ne serait pas impossible que la question se posât dans les mêmes termes que dans le fait précité, à l'occasion notamment d'une dissimulation supposée. Je n'hésiterais pas pour ma part à la résoudre dans le même sens que Marc, c'est-à-dire en soutenant que l'attaque ou les attaques antérieures suivies ou non d'hémiplégie constituent une prédisposition morbide dont il faut toujours tenir grand compte, mais que l'attaque mortelle est une maladie qui n'existait pas au moment où le contrat a été passé.]

Habitudes d'abstinence ou d'alimentation exclusivement systématique. — Nous avons déjà considéré les effets des habitudes d'intempérance et la nécessité lorsqu'elles sont connues d'en constater l'existence dans un certificat. Mais il y a d'autres habitudes qui peuvent abréger la vie, quoique d'une manière moins apparente. Les principes dits de tempérance exercent et ont souvent exercé une grande influence. Il y a beaucoup de personnes qui après avoir mené joyeuse vie ont plus tard adopté le principe que l'eau et une nourriture végétale suffisent pour soutenir la vie. Ce

changement soudain, surtout chez des personnes avancées en âge, peut très-bien affecter leur constitution, et s'il n'engendre pas de maladie, affaiblir cependant la force vitale au point de rendre sérieux les accidents et les indispositions les plus légers. Je puis citer l'exemple d'un gentleman qui avait eu l'habitude de se nourrir parfaitement bien en usant modérément des alcooliques et qui adopta soudain le système de vivre d'eau et d'aliments végétaux. Ses forces diminuèrent d'une manière très-apparente et il perdit sa santé première. L'année suivante, il se fit une entorse légère au cou-de-pied. Il s'ensuivit une inflammation qui, en dépit du meilleur traitement, prit un mauvais caractère. La jointure commença à suppurer; on fut obligé de lui faire l'amputation de la jambe, et, malgré l'adoption d'un régime meilleur, il ne recouvra jamais toute sa force vitale. La réunion des lèvres de la blessure ne put s'opérer et il finit par mourir d'épuisement. Il ne saurait y avoir de doute que ces changements soudains dans la manière de vivre puissent altérer la santé et affecter d'une manière grave la durée probable de la vie. C'est pourquoi il est de notre devoir de chercher et de relater tous les faits de cette nature lorsqu'ils arrivent à notre connaissance.

Dans l'affaire de Huntley contre la Compagnie d'assurances de Saint-Georges (assises d'automne de Newcastle, 1858) un médecin assura sa vie pour la somme de 2000 livres (50 000 fr.), et quoiqu'il eût certifié qu'il était en bonne santé et que d'après toutes les apparences il en fût ainsi, il mourut de la maladie de Bright, trois mois après avoir contracté l'assurance; il avait en outre une maladie de cœur. A l'époque où il avait contracté l'assurance, il avait répondu négativement aux questions qui demandaient s'il était atteint de l'une ou de l'autre de ces maladies. On prétendit que, comme médecin, il devait avoir eu connaissance qu'il en était atteint, et qu'il les avait volontairement

cachées. On prouva que le défunt s'était mis au régime végétal, et cela fut considéré comme la cause du déclin rapide de sa santé. Le jury rendit un verdict en faveur du demandeur, et le juge (chief Baron) engagea les Compagnies à mettre désormais parmi les questions : Êtes-vous au régime végétal?

Habitude de manger de l'opium. — Il y a une autre habitude qu'on dit assez commune et dont la dissimulation a donné lieu, il y a quelques années, à un très-grand procès. Je veux parler de l'habitude de manger de l'opium.

En 1826, le comte de Mar contracta une assurance sur la vie, et mourut deux ans après, en 1828, de jaunisse et d'hydropisie à l'âge de cinquante-sept ans. La Compagnie d'assurances refusa de payer le montant de la police en alléguant qu'à l'époque de l'assurance et même quelque temps auparavant le comte était un mangeur d'opium. Cette habitude avait été cachée aux assureurs ; et l'on alléguait de plus qu'elle tendait à abréger la vie. Il fut clairement prouvé que jusqu'à l'époque de sa mort il avait été un mangeur d'opium. D'après le docteur Christison, le défunt avait pris du laudanum déjà trente ans auparavant, quelquefois jusqu'à la dose de 2 ou 3 onces (60 à 80 gr.) par jour, en en prenant une cuillerée à la fois. Il était sujet aux rhumatismes et vivait un peu trop bien. Plusieurs personnes qui le voyaient beaucoup et plusieurs de ses amis intimes déposèrent que jusqu'en 1826, époque de l'assurance, il était d'un caractère très-gai et jouissait de toutes ses facultés. Quelques-uns d'entre eux avouèrent avoir remarqué alors dans ses habitudes un changement qu'ils attribuèrent à la mauvaise fortune qui l'atteignit. En 1825, le docteur Abercrombie le trouva affaibli, débile, mais sans aucun mal défini. La question principale dans le procès était de savoir si l'opium pouvait abréger la vie, car c'était de là que dépendait la question de savoir si la dissi-

mulation de cette habitude à la Compagnie était ou n'était pas importante.

Les docteurs Christison, Alison, Abercrombie et Duncan furent consultés de la part de la Compagnie, et quoiqu'ils émissent l'opinion que l'opium avait une tendance à abréger la vie, ils ne purent fournir aucun exemple pour la confirmer. Leur opinion était fondée, non sur leur expérience personnelle, mais sur les effets généraux de l'opium, effets qui se manifestent par son action sur le cerveau, par le désordre qu'il produit dans les organes digestifs, par l'amaigrissement et l'apparence de fatigue qu'il communique à la personne. Dans la plupart des exemples qu'ils réunirent, il n'était pas évident que la vie eût été abrégée par cette habitude. Au contraire, bien des individus l'avaient eue pendant nombre d'années et étaient arrivés à un âge assez avancé. Le jury rendit un verdict pour les demandeurs, non pas par la raison que cette habitude était innocente, ni parce que la dissimulation n'existait pas, mais à cause de ce point technique que les assureurs n'avaient pas fait les questions usuelles et détaillées sur les habitudes de l'assuré, et c'est pourquoi ils furent considérés comme ayant pris sur eux le risque de leur propre négligence. Il paraît que la question générale touchant les habitudes n'avait pas reçu de réponse de la part du médecin; on en conclut que la Compagnie ne s'était guère inquiétée de les connaître. On permit un nouveau procès pour cause de mauvaise direction, mais l'affaire fut arrangée par un compromis.

On voit par là que dans ce cas il ne fut pris aucune décision sur cette question importante, qui probablement s'élèvera de nouveau. C'est pourquoi il est désirable d'examiner quelques-uns des faits qui se rattachent à l'habitude de manger de l'opium, pour savoir, si c'est possible, jusqu'à quel point elle tend réellement à abréger la vie. Dans le cas du comte de Mar, il paraîtrait que cette habitude n'a pas

pour effet d'abréger la vie, puisqu'il la conserva pendant trente ans, et que, pendant vingt-huit ans, il n'en était résulté aucun effet désastreux, d'après le témoignage de ses amis.

Plus tard, le docteur Christison arriva à recueillir de différents côtés jusqu'à vingt-cinq exemples qui montrent que l'opium pris en grande quantité, et même pendant quarante ans de suite, n'avait produit aucun effet appréciable sur la santé. A la Société médicale de Londres, le docteur Clutterbuck cita l'exemple d'une femme qui, pendant sept ans, avait pris 2 scrupules (40 grains ou $2^{gr},6$) d'opium solide par jour. Elle était âgée de cinquante-quatre ans, avait mené une vie régulière et avait commencé à prendre de l'opium pour atténuer des douleurs rhumatismales. La dose ne fut pas augmentée et les mauvais effets habituels de l'opium (constipation, nausées, anorexie) ne parurent pas. Quoiqu'elle n'accrût pas la dose, la diminution d'un grain dans la quantité d'opium habituelle avait des effets très-marqués. Elle les sentait immédiatement. Les autorités médicales rapportent beaucoup d'exemples semblables, qui montrent que l'habitude de manger de l'opium n'a pas nécessairement cette tendance d'abréger la vie qu'on lui supposait jusqu'à présent. Il est cependant évident qu'elle exerce des effets pernicieux sur l'organisme et tend à altérer la santé. Il est possible que l'effet ne s'exerce pas dans tous les cas, excepté lorsqu'on retire le stimulant, mais ce n'est pas là la question. On pourrait, par le même principe, prouver que les alcooliques n'ont pas de tendance à abréger la vie, parce que l'on peut donner quelques centaines d'exemples dans lesquels des personnes ont été adonnées à des habitudes d'intempérance pendant des années, sans que leur santé corporelle en souffrît considérablement. Ceux qui ont été témoins des effets de l'opium en Turquie et en Chine conviennent que

cette habitude détruit promptement la santé. Le docteur Oppenheim, dans un écrit sur l'état de la médecine en Turquie, dit : « L'homme qui a l'habitude de manger de » l'opium est facilement reconnaissable; tout son corps » est amaigri, son facies est jaune et desséché, sa démarche » chancelante, son épine dorsale pliée, jusqu'à donner » parfois au corps une forme demi-circulaire, ses yeux » caves et vitreux le trahissent au premier regard, ses » organes digestifs sont très-dérangés. Le patient ne mange » presque rien et a à peine une selle par semaine. Ses forces » morales et physiques sont détruites. Lorsque l'habitude » est invétérée, les forces commencent à décroître, la né- » cessité du stimulant devient plus grande, il faut constam- » ment augmenter la dose pour produire l'effet désiré. » Lorsqu'il s'est longtemps livré à sa passion, le mangeur » d'opium souffre de névralgies auxquelles l'opium lui- » même n'apporte aucun soulagement. Ces personnes » atteignent rarement l'âge de quarante ans, si elles ont » commencé de bonne heure à manger de l'opium. » Cette description des effets de l'opium s'accorde exactement avec ce qu'enseignent la pathologie et la physiologie rationnelles. Le docteur Christison dit avoir observé que la constipation n'est pas du tout une conséquence générale de l'usage continu de l'opium, mais cela peut simplement être une exception à la règle. Quelques personnes croient que l'action de cet agent est différente dans les diverses contrées, et que les effets de l'opium, tels qu'on les a constatés en Turquie, peuvent très-bien ne pas s'appliquer à un mangeur d'opium anglais. Cependant le cas suivant, relaté par le docteur A. T. Thomson à l'hôpital du Collége de l'Université, montre que le climat a peu d'influence sur les effets de ce narcotique. E. M., âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital le 26 mai 1835. Il y avait dix-sept ans qu'elle avait commencé à souffrir dans la région iliaque

droite d'une douleur pour laquelle un médecin lui ordonna de prendre dix gouttes de laudanum soir et matin. La douleur continuant, la dose fut graduellement augmentée, et elle finit par prendre trois cuillerées à café toutes les quatre heures jour et nuit. L'effet des petites doses fut simplement de soulager la douleur, sans affecter autrement l'esprit ou le corps; mais, lorsque la dose fut augmentée, la malade en éprouva du bien-être; elle se sentait ravivée et alerte, et était capable de faire beaucoup de besogne. Elle ressentait aussi une sensation de chaleur par tout le corps. Elle avait de graves chagrins de famille, mais quand elle était sous l'influence de l'opium, elle ne s'en inquiétait nullement, tandis que dans d'autres moments, cela lui causait beaucoup de soucis. Si elle laissait passer l'heure habituelle sans prendre sa dose, elle avait dans les jointures les sensations les plus désagréables, non pas de douleur, mais d'une nature telle qu'elle ne pouvait les décrire. Elle avait des mouvements involontaires des bras, des doigts et des orteils; de l'engourdissement dans les membres et dans le corps en général; une transpiration abondante, des nausées, des vomissements et de l'anorexie. Sa salive avait un goût salé; elle avait la bouche mauvaise, du tremblement dans les membres, une grande faiblesse et un sentiment de lassitude. Sa mémoire et ses facultés intellectuelles, en général, s'altéraient, et elle manifestait un grand abattement; tous ces symptômes disparaissaient lorsqu'on répétait la dose. L'opium produisait aussi de la constipation; elle n'avait qu'une selle par semaine, et elle ne se souvient pas si c'était par l'effet du purgatif ou non. Lorsque la dose était différée, elle avait toujours un grand mal de tête; son sens olfactif était tellement altéré, que le tabac ne lui produisait aucun effet; elle avait tellement perdu le goût, qu'elle ne savait distinguer la moutarde du poivre. Son ouïe était si défectueuse, qu'elle pouvait à peine entendre la

voix de ceux qui lui parlaient; sa propre voix la blessait, tant elle lui paraissait forte; son toucher était tellement détérioré, qu'elle ne pouvait exécuter aucun ouvrage à l'aiguille. Néanmoins, la finesse de tous les sens se réveillait sous l'influence de la dose habituelle d'opium; dès qu'elle lui manquait, on le reconnaissait à la chaleur et à la rougeur du visage. Pendant la période où elle prenait de l'opium, elle dormait très-peu et, dans les intervalles, elle ne sentait pas le besoin de dormir, de sorte que, généralement, elle travaillait toute la nuit; quand elle dormait, c'était généralement le jour, mais c'était un sommeil agité et qu'on interrompait facilement. Il y a cinq à six ans, ses ressources étant épuisées, elle fut admise à l'hôpital. On y cessa le laudanum pendant les trois premiers jours, et l'on vit apparaître tous les symptômes décrits ci-dessus; ce fut alors pour la première fois qu'il lui sembla voir dans la salle les spectres les plus effrayants d'animaux et d'autres objets. Par les doses usuelles de l'opium, ces symptômes disparurent. On diminua alors successivement les doses de laudanum, et, lorsqu'elle quitta l'hôpital, elle n'en prenait plus qu'une cuillerée à café par jour. En retournant chez elle, comme elle vivait aux frais de ses parents, elle fut obligée de cesser le laudanum et le vin, et ne put se procurer de la bière. Elle était plus mal que jamais, tous les symptômes étaient revenus avec une plus grande violence, et les six premiers mois elle fut absolument incapable de rien faire. Elle avait de la douleur dans la poitrine et une toux qui ne l'a pas quittée depuis. Elle resta douze mois chez elle, avant que les symptômes mentionnés ci-dessus disparussent. Comme conséquence de l'habitude de l'opium, on observa alors : le goût très-détérioré, l'engourdissement des membres, le froid aux pieds, l'impossibilité de marcher loin sans avoir de violentes douleurs dans les jambes, et une sensation générale de lassitude.

Il est évident que ce narcotique, quand il a été administré à des enfants dans les districts manufacturiers, a gravement altéré la santé et produit une grande mortalité. Dans le rapport de M. Grainger à la commission du travail des enfants, il est constaté que le laudanum et d'autres préparations opiacées sont donnés à de jeunes enfants par doses que l'on augmente graduellement, jusqu'à ce que l'enfant parvienne à supporter quinze ou vingt gouttes de laudanum à la fois. L'enfant devient pâle et blême, les traits sont plus accentués et il meurt bientôt. La majorité de ces enfants meurt à l'âge de deux ans. Ces faits semblent montrer que le climat n'exerce aucune influence sur l'action de l'opium dans la première période de la vie, et les observations qu'on a faites jusqu'à présent ne sont pas assez nombreuses pour faire admettre l'existence de cette influence chez les adultes. Le docteur Christison a fait remarquer que beaucoup de personnes meurent jeunes, probablement par l'effet de cette habitude, sans que le secret en soit découvert, car le médecin, aussi bien que les amis intimes, peuvent l'ignorer complétement. En fin de compte, nous sommes obligés de conclure que l'habitude de manger de l'opium est nuisible à la santé et peut abréger la vie. Dans n'importe quelle proposition d'assurances sur la vie, les assureurs devraient être informés de cette habitude, si elle existe, et aucun médecin ne devrait en sanctionner la dissimulation, uniquement par la raison que beaucoup de personnes qui y étaient adonnées ont vécu pendant des années avec les apparences d'une assez bonne santé.

Une des questions faites au médecin est celle-ci : s'il connaît quelques circonstances importantes touchant la santé ou les habitudes de la personne que ne comprennent pas les autres questions du certificat; et, s'il en est ainsi, il est prié de les mentionner. Maintenant, sans aller jusqu'à ce point de dire que la vie d'un mangeur d'opium ne

peut être assurée au taux ordinaire, c'est là un fait en lui-même assez important pour que l'on puisse demander qu'on en fasse mention dans la question ci-dessus. Cette habitude peut être et est souvent cachée au médecin. Alors l'assuré, s'il n'est pas sincère, peut exposer ses représentants à perdre tous les profits de la police. Indépendamment des faits médicaux qui peuvent appuyer les deux manières de voir, un jury serait guidé dans son verdict par l'effet produit actuellement sur la constitution de la personne qui a été adonnée à cette habitude. Si elle a continué pendant de longues années, et que rien n'indique que la santé ait, par suite, subi quelque changement notable, le jury considère le fait comme la meilleure preuve que la dissimulation n'a eu aucune portée dans ce cas particulier.

Les assureurs ne devraient pas équitablement se plaindre du verdict du comte de Mar, car il commença à manger de l'opium à vingt-sept ans et mourut à cinquante-sept ans, sans avoir ressenti aucun mal bien marqué par suite de l'usage de ce narcotique, et, dans ce cas du moins, on ne pouvait pas dire que cette habitude eût abrégé la vie. Il est rarement en notre pouvoir d'avoir un criterium meilleur ou plus pratique que celui-là dans des circonstances où les données scientifiques permettent de résoudre la question dans les deux sens. Ce cas est très-différent de celui de l'intempérance dans l'usage des boissons alcooliques. Personne ne peut douter que ces derniers excès n'aient évidemment pour résultat d'altérer la santé et d'abréger la vie. Ici, les faits ne permettent qu'une solution, et si parmi les alcoolisants on peut citer des exemples de longévité, on sait parfaitement bien que ce sont des exceptions à la règle. Les questions posées maintenant par les Compagnies d'assurances sont si explicites, qu'on doit les considérer comme comprenant l'habitude de manger de l'opium, et il ne paraît pas qu'il puisse y avoir, soit de la

part de l'assuré, soit de la part de son médecin si elle lui est connue, aucun prétexte pour ne pas consigner cette habitude.

Habitude du tabac. — L'habitude généralement répandue de fumer du tabac n'a jamais été, que je sache, regardée comme ayant une connexion quelconque avec une assurance sur la vie. Quoique des fumeurs invétérés soient sujets à des attaques de dyspepsie, à la perte des forces nerveuses et musculaires, à l'affaiblissement et à d'autres dérangements de l'organisme, il n'y a, à ma connaissance, aucune preuve que cet usage ait une tendance à abréger la vie (1). Cette habitude devrait-elle être constatée dans un certificat? Je pense que oui, si elle est connue du médecin ou si elle est très-invétérée, cela servirait au moins à prévenir des objections de la part d'une Compagnie trop exigeante. Il n'y a pas de règles sur ce point, excepté une parole de lord Mansfield : « L'assuré n'a pas besoin de mentionner ce que l'assureur devrait connaître, ce qu'il prend sur lui d'apprendre ou ce dont il néglige de s'informer. On ne doit pas se charger de fournir à l'assureur des renseignements dont la signification est douteuse. »

Aliénation mentale. — Lorsqu'on nous appelle à dire quelles sont les maladies qui ont une tendance à abréger la vie, il n'y a pas généralement de difficulté à donner une réponse, puisque le nom de la maladie, de ses effets connus sur le corps, le degré de mortalité qu'elle produit, et son incurabilité, sont des données d'après lesquelles on peut facilement exprimer une opinion médicale. Il y a

(1) Il y a certainement sur ce point quelques réserves à faire. Il n'est pas un médecin qui n'ait vu des cas où l'usage immodéré du tabac a très-certainement abrégé l'existence. Mais la conclusion générale de Taylor reste parfaitement fondée et je m'y associe complétement.

quelques maladies cependant au sujet desquelles il n'est pas si facile de donner une réponse; et parmi celles-ci on doit mentionner l'aliénation mentale qui a déjà donné lieu à une discussion devant une cour de justice. Le traitement de cette maladie ne rentre pas dans la thérapeutique habituelle. Il y a certainement peu de médecins qui aient étudié les détails statistiques qui la concernent. Il faudra donc tenir compte de ce fait pour la décision prise dans le cas suivant.

En 1835 se plaide devant les assises d'York un procès dans lequel la question était de savoir si l'aliénation mentale avait ou non une tendance à abréger la vie. Les représentants d'un ecclésiastique intentèrent un procès à la Compagnie d'assurances *la Providence*, pour recouvrer le montant d'une police effectuée sur la vie d'un gentleman; mais la Compagnie refusa de payer, parce que la personne avait été aliénée et qu'on lui avait caché ce point quand la police avait été faite. Plusieurs médecins furent appelés à donner leur avis à cette occasion. L'un prétendait que l'aliénation avait une tendance à abréger la vie; l'autre, qu'elle n'en avait pas; un troisième, qui admettait que le défunt avait été atteint d'aliénation, ne pensait pas que son état mental avait été tel qu'il eût pu abréger sa vie. Le juge chargea le jury de décider si l'aliénation mentale avait une tendance à abréger la vie; car, dans ce cas, la dissimulation en eût été importante. Si l'aliénation avait cette tendance, ils décidaient en faveur du défendeur; si non, en faveur du demandeur, par la raison que l'aliénation n'avait pas de tendance à abréger la vie, et que la dissimulation de la folie n'avait aucune portée.

Il n'y a probablement aucun cas qui montre plus clairement la nécessité, dans ces sortes d'affaires, de preuves médicales bien évidentes. La décision du jury était contraire à toute expérience médicale bien entendue, et se

trouvait être une méprise complète. Les recherches d'Esquirol, de Farr et d'autres montrent que l'aliénation a une tendance bien décidée à abréger la vie. Les Compagnies d'assurances le savent si bien, qu'elles font maintenant de l'existence ou de la non-existence de l'aliénation ou d'un dérangement mental, une question spéciale à laquelle il faut donner une réponse dans la déclaration. L'opinion contraire paraît provenir de l'hypothèse que l'aliénation n'est pas une maladie physique, et n'est pas en rapport avec des changements matériels dans la structure du cerveau. En admettant comme vraie cette opinion, l'expérience contredit formellement les conséquences qu'on en tire dans l'immense majorité des cas.

On avait autrefois l'opinion erronée que la folie avait une tendance à prolonger la vie, mais des recherches statistiques mieux faites ont montré que les aliénés sont plus sujets que d'autres à diverses maladies, et succombent plus facilement lorsqu'ils en sont atteints; c'est pourquoi, toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité des aliénés dépasse la moyenne de celle de la population saine. Entre autres maladies graves, les aliénés sont spécialement sujets à des accès de paralysie et d'épilepsie; et, dans ces cas, la paralysie, quoique légère, est communément l'avant-coureur de la mort. Dans les asiles particuliers, la mortalité est toujours moindre que dans les hôpitaux publics; mais des recherches récentes ont montré que la mortalité des aliénés a été réduite de beaucoup par l'introduction d'un meilleur système de précaution et de traitement.

Des observations recueillies avec soin ont montré que la mortalité parmi les aliénés est plus grande chez les hommes que chez les femmes, et que plus l'âge est avancé, plus la mortalité est proportionnellement grande. La dissimulation de l'aliénation, quelle qu'en soit la forme, ou même d'une tendance héréditaire constatée à cette ma-

ladie, devrait être considérée comme importante, d'autant plus que cette condition forme une question spéciale à laquelle on exige une réponse.

VI. — CONSTATATION DES CAUSES DE MORT ACCIDENTELLE.

Il y a plusieurs Compagnies qui assurent maintenant des personnes contre des accidents arrivant sur terre ou sur mer, et il pourrait sembler à première vue qu'il y a là moins de sujets à discussion que dans d'autres circonstances. La preuve de l'accident et le degré du dommage causé ou, si l'accident est fatal, la cause de la mort semblent être une affaire très-simple. Mais il s'élève cette question : Qu'est-ce qu'une cause *accidentelle*, par opposition à une cause *naturelle* de mort ? Nous associons généralement à l'idée que nous nous faisons d'accident celle d'un dommage physique ou d'une violence faite à la personne, et si elle meurt de n'importe quelle autre cause, on ne peut dire que sa mort soit accidentelle. Cette question parut devant la Cour du banc de la reine en janvier 1861 (Sinclair contre la Compagnie d'assurances maritimes), et le président de la Cour suprême (lord chief justice) prononça le jugement de la Cour. L'action était intentée par l'administration d'un sieur Laurence qui, étant sur le point de faire un voyage comme maître d'équipage d'un vaisseau, s'était assuré contre tout dommage personnel qui pourrait lui arriver par quelque accident survenant sur n'importe quel océan, mer, rivière ou lac. L'assuré était avec son vaisseau dans la rivière de Cochin, sur la côte sud-ouest de l'Inde, lorsque étant de service sur le pont il fut « foudroyé par un coup de soleil », suivant les termes mêmes employés dans ce cas spécial, des suites duquel il mourut le même jour. La question était de savoir si la mort provenait d'un « *accident* », suivant le sens de la police, et l'opinion de la Cour fut qu'il n'en était pas ainsi.

Il est difficile de tracer la limite, dans ces occasions, entre une mort par *accident* et une mort par des *causes naturelles*, de manière à avoir une règle d'une application générale. La Cour pouvait très-bien penser que le terme accident comprenait les violences, les malheurs ou la force majeure, et que, une mort produite par une cause naturelle bien connue ne devait pas être considérée comme accidentelle. La maladie ou la mort produites par l'exposition à la chaleur, au froid ou à l'humidité et aux vicissitudes des climats ou des influences atmosphériques, ne peuvent pas être appelées *accidentelles*, et en tous cas pas à moins que cette exposition ne soit produite par des circonstances d'un caractère accidentel. Ainsi, si un marin en s'acquittant comme à l'ordinaire de son service prenait froid et mourait, sa mort ne serait pas accidentelle; mais elle pourrait l'être si par suite d'un naufrage on lui eût ordonné d'armer le canot et qu'il fût mort pour s'être exposé au froid et à l'humidité. Dans un sens, la mort était accidentelle, car l'effet était incertain d'abord, mais elle doit être considérée comme l'effet des causes naturelles et non accidentelles. Le coup de soleil, d'après les informations prises par la Cour, serait une inflammation du cerveau produite par l'exposition à la chaleur intense des rayons du soleil. Des personnes qui s'exposent au soleil dans des régions tropicales sont plus ou moins sujettes à cette maladie, tout aussi bien que des personnes qui s'exposent à des causes naturelles d'une autre sorte sont sujettes aux maladies qui en résultent. La mort par « *coup de soleil* » doit donc être considérée comme provenant de causes naturelles, et non d'un accident, et le jugement doit être rendu en faveur des défendeurs (1).

(1) Cette distinction peut paraître subtile et cependant elle est fondée, et je m'associe sans réserve à l'opinion de Taylor : une maladie interne produite par une cause extérieure, influence atmosphérique ou autre, n'est pas un accident. Dans la langue médicale de tous les pays l'accident se

Dans le cas où une personne est frappée par la foudre, après avoir assuré sa vie contre une mort accidentelle, il peut s'élever la question de savoir si cette mort était accidentelle ou non. La mort par la foudre n'est certes pas une mort naturelle, et dans le langage ordinaire, toute personne frappée par la foudre serait dite être morte accidentellement.

VII. — CONSTATATION DU SUICIDE OU DE LA MORT SIMULÉE, CONSIDÉRÉ COMME MOTIF D'ANNULATION DU CONTRAT.

Parmi les conditions des polices d'assurances, il y a généralement dans le contrat la stipulation que la police sera annulée si la personne qui assure sa vie se suicide. Ainsi peut se poser la question médicale de savoir si dans tel cas particulier il y a eu suicide ou non. Une personne peut mourir par le poison, par des blessures, par submersion, par asphyxie ou par quelque autre mode; et dans certains cas, il peut être difficile de dire si la mort est le résultat d'un suicide, d'un accident ou d'une violence homicide. De tels cas sont souvent laissés dans une grande incertitude par les enquêtes du coroner (magistrat instructeur), parce que les données qu'il a recueillies sont imparfaites ou insuffisantes ; car, dans les cas de mort subite, à moins que l'on ne soupçonne un meurtre, on regarde comme de peu d'importance de faire une enquête bien exacte. S'il arrive que la vie du défunt ait été assurée par une police contenant cette clause touchant le suicide, la question peut devenir d'une grande importance pour les intérêts des assureurs, et ils demanderont des preuves cer-

caractérise dans ses effets, soit par une lésion plus ou moins profonde de la nature de celles que peuvent produire un coup, une chute, un empoisonnement, une asphyxie, soit par une mort violente souvent subite, toujours plus ou moins prompte.

taines que la mort a eu lieu naturellement ou par accident et non par suicide, avant de payer le montant de la police. Dans tous les cas de mort violente, la cause du décès devrait être déterminée par un médecin; cela mettrait fin à toutes les contestations touchant le payement de la police, et cela dispenserait les représentants de l'assuré des ennuis et des dépenses d'un procès.

Si la mort est subite et si quelques circonstances suspectes restent inexpliquées, il est certain qu'il surgira un procès. C'est une garantie insuffisante que cette enquête du coroner dans laquelle, en vue de satisfaire un jury ordinaire, l'homme de l'art formule son opinion à la hâte sur l'inspection générale du cadavre sans qu'il lui paraisse nécessaire de procéder à un examen plus sérieux, dans la certitude où il est que le défunt n'a pas pu être assassiné. S'il se trouvait que celui-ci appartînt à cette classe de personnes qui contractent d'ordinaire des assurances sur la vie, tous les détails qui ont rapport à l'examen du corps et le jugement porté par le médecin sur la cause de la mort viendraient nécessairement à la lumière, et, si l'examen avait été mal fait, il serait probablement l'objet d'une contre-enquête très-sévère. J'ai vu plusieurs cas dans lesquels il y a eu des scandales de cette nature fort pénibles, parce que le médecin légiste pensait que, pour le jury d'un coroner, les preuves étaient toujours assez bonnes.

Le verdict d'un jury d'enquête ne lie pas une Compagnie ; elle a non-seulement le droit, mais souvent de bonnes raisons de le discuter, et elle exerce souvent ce privilége. Les Compagnies d'assurances sont exposées à toutes sortes de fraudes ; quelques-unes sont de la nature la plus terrible et peuvent conduire, comme dans le cas des associations d'enterrement (*burial-club*), sorte de Compagnie d'assurances, à la perpétration d'un meurtre pour acquérir le montant, souvent assez modique, d'une assurance.

Une affaire assez intéressante relative à la question du suicide par empoisonnement d'une personne dont la vie venait d'être assurée pour une très-grosse somme, fut jugée devant lord Tenterden en 1832 (Kinnear contre le Rock Insurance Company). Feu M. J. H. Green, M. Key et moi nous fûmes appelés comme témoins en faveur du défendeur. Ce procès n'eût pas eu lieu si l'inspection médicale du corps faite deux ans auparavant pour l'enquête, n'eût pas été très-mal conduite, et si la cause de la mort eût été constatée d'une manière satisfaisante. Comme de l'issue du procès dépendait une somme de 10 000 livres (250 000 fr.), les assureurs sentaient qu'ils avaient le droit de demander une enquête pleine et complète. On m'envoya les dépositions que l'on avait recueillies sur le défunt lors de l'enquête, pour les examiner. Elles constataient que le défunt était mort deux ans avant que l'action fût intentée. Le corps avait été examiné négligemment par une enquête de coroner, et le contenu de l'estomac avait été jeté sans avoir été soumis à aucune analyse chimique. Ces circonstances créaient une grande difficulté pour produire des preuves, et de fait, pour ce qui concernait le témoignage médical, il suffisait à peine à servir de base à une opinion quelconque. Je fus requis de la part de la Compagnie d'assurances pour savoir si l'exhumation du corps et un procédé quelconque d'analyse pourraient produire quelque fruit, mais je répondis négativement. D'après la manière dont le premier examen avait été conduit, et d'après ce fait que le malade avait présenté des symptômes qui faisaient présumer l'emploi d'un poison narcotique, il était en tous cas peu probable qu'après deux ans de sépulture on pût encore découvrir dans ces restes quelques traces de poison.

Le défunt, qui d'après les dépositions lors du procès, avait été pendant quelque temps dans un état d'affaissement moral, revint chez lui à Regent's Park, le soir du

19 octobre 1830. On était en train de réparer la maison; sa famille était à la campagne et la seule personne qui fût alors avec lui était un domestique. Le rapport que fit ce dernier indiquait que le défunt était rentré chez lui vers dix heures du soir et paraissait en bonne santé; qu'il lui avait ordonné de placer une carafe de vin, un grand verre et un verre à boire sur la table de la bibliothèque attenant à sa chambre à coucher; il lui dit qu'il allait prendre une potion calmante, et demanda qu'on ne l'appelât pas le matin suivant, disant qu'il sonnerait s'il avait besoin de quelque chose. Le défunt se mit au lit, mais vers minuit le domestique fut éveillé par un bruit, comme si la tringle des volets de la bibliothèque fût tombée. S'étant levé, il vit son maître sans lumière, retournant de la bibliothèque à sa chambre à coucher, qui y attenait; il prit une lumière de la main du témoin et alla se coucher. En remontant les escaliers dix minutes après, le témoin trouva la lumière éteinte et la porte de la chambre du défunt fermée à clef. Le lendemain matin, à neuf heures et demie, le témoin alla à la chambre du défunt et frappa à la porte comme d'habitude, mais ne reçut pas de réponse; il retourna à dix heures, mais la porte était toujours fermée et le défunt ne répondit pas lorsqu'il frappa. Les ouvriers employés dans la maison effrayèrent le témoin vers midi, en lui disant qu'ils avaient entendu son maître gémir ou soupirer. On se procura alors une échelle et l'on entra dans la chambre par la fenêtre; le défunt était dans son lit et il semblait qu'il vînt de mourir quand les témoins entrèrent. On chercha immédiatement un médecin qui, à son arrivée, examina et égoutta un peu de liquide qui se trouvait dans le grand verre sur la table. On chercha une fiole quelconque, mais on n'en put trouver. Cependant on constata qu'il y avait sur la table de la bibliothèque un morceau de papier rouge et un autre de papier bleu qui avaient évidemment recouvert une fiole et qui n'avaient pas

été là auparavant. Il fut aussi déposé qu'un bouchon et une fiole avaient été trouvés dans la cheminée. La fenêtre de la bibliothèque était ouverte et les volets avaient été écartés.

Le médecin qui fut appelé constata que le corps était couché, d'une apparence calme et le teint un peu pâle. Il avait de la sueur à la peau et des plaques de couleur livide disposées çà et là. Le corps fut inspecté pour l'enquête du coroner, par deux médecins et deux chirurgiens. On trouva, dirent-ils, une accumulation de sang putréfié dans l'estomac et un épanchement dans les deux côtés de la poitrine. Les vaisseaux du cerveau étaient un peu turgides, mais il n'y avait pas d'extravasation. Le contenu de l'estomac fut jeté sans qu'aucune analyse chimique en eût été faite; il paraît que le seul semblant qu'on en fit fut de passer un morceau de nitrate d'argent sur la muqueuse de l'estomac lors de l'examen. La cause que ces témoins donnèrent à la mort fut la rupture d'un vaisseau sanguin dans l'estomac. On rendit un verdict de « mort par cause naturelle »; le corps fut enterré et l'on supposa que toute enquête était terminée. Comme la cause que les témoins assignaient à la mort ne paraissait pas en rendre compte suffisamment dans ces circonstances; comme c'était la mort subite d'une personne qui la veille encore était en pleine santé; comme, de plus, il n'y avait aucune trace d'épanchement de sang dans le cerveau, phénomène que l'on rencontre si souvent dans la mort subite par apoplexie; comme enfin tous les détails indiquaient que le défunt avait pris un liquide quelconque et avait fait disparaître le flacon, il y avait matière à de forts soupçons. Les assureurs refusèrent de payer le montant de la police et demandèrent une enquête.

Les faits que l'on avait établis n'étaient pas suffisants pour conclure à un empoisonnement; on demanda donc d'autres témoignages, aux fins de déterminer : 1° si la cause que dans l'enquête les témoins avaient assignée à la mort

suffisait à en rendre compte ; 2° si, dans la négative, les faits établis relativement à la mort du défunt se rapportaient à l'empoisonnement par un narcotique; en un mot, si l'empoisonnement était probable ou non.

M. Green, M. Key et moi nous fûmes requis pour donner notre opinion sur ces différents points. Quant au premier, nous répondîmes que la cause assignée par les témoins à la mort ne pouvait en rendre compte d'une manière satisfaisante. Le sang qui avait été trouvé dans l'estomac avait été négligemment représenté comme à moitié décomposé et non coagulé; bien loin qu'il y eût été répandu pendant la vie, il était assez probable, vu le peu de soin avec lequel l'examen avait été fait, qu'il provenait de quelques vaisseaux lésés par ceux qui avaient fait l'autopsie. Admettant même qu'il eût été épanché pendant la vie, cela ne fournissait pas une explication satisfaisante de la cause de la mort, puisque la quantité en était petite. Ceux qui avaient fait l'autopsie eux-mêmes n'avaient pas trouvé cette cause satisfaisante, et ce qui le prouve, c'est qu'ils avaient recherché la trace d'un poison dans l'estomac par le procédé grossier de frotter un morceau de nitrate d'argent sur la muqueuse ! Enfin, l'hémorrhagie gastrique détruit rarement la vie à la première attaque, et est généralement accompagnée de vomissements de sang; mais le défunt n'avait jamais été sujet à l'hématémèse et il n'y avait pas eu de vomissements de sang.

Quant à la seconde question, les faits établis s'expliquaient fort bien en supposant que le défunt avait pris une dose toxique de laudanum ou de quelque autre préparation opiacée ; on pourrait objecter qu'on n'avait pas trouvé d'opium dans l'estomac, mais on ne voit pas qu'aucune analyse en ait été faite. Le défunt était mort environ à la période où ce poison agit fatalement; c'était au jury à déterminer d'après les détails prouvés, la probabilité du

fait, puisqu'il n'y avait aucun moyen de l'éclaircir par des données médicales. Nous étions tous d'accord que, dans le cas présent, l'empoisonnement par un narcotique était probable, autant qu'on pouvait en juger, en l'absence d'une analyse, puisque les faits relatifs à la mort concordaient avec cette hypothèse, ainsi que les données médicales aussi loin qu'elles s'étendaient. D'un autre côté s'élevait la question de savoir si des causes naturelles n'auraient pas pu, en douze heures, amener une mort aussi tranquille que l'avait été, d'après toutes les apparences, celle du défunt. A cela on peut répondre que l'apoplexie et d'autres maladies eussent pu amener la mort; mais l'autopsie n'avait rien révélé qui pût en faire supposer l'existence, et la mort par un poison narcotique était, au point de vue médical, tout aussi probable. En un mot, comme toutes ces preuves étaient essentiellement négatives, et que les deux manières de se rendre compte de la mort pouvaient s'accorder avec les données de la science, c'était au jury qu'il appartenait de décider, d'après l'ensemble des circonstances, ce qui était le plus probable. La cause de la mort n'était qu'une affaire de présomption médicale. Il était impossible de jurer ni que le défunt n'avait pas pu mourir par apoplexie, ni qu'il n'avait pas pu mourir par l'effet d'une forte dose d'opium. Comme il n'y avait dans ce cas que matière à soupçon et qu'il n'y avait pas de preuves réelles, le verdict fut rendu en faveur du demandeur.

On ne saurait douter que ce verdict ne fût conforme à l'équité, puisque la loi insiste toujours et avec raison sur un point que les preuves de fait, combinées avec les appréciations médicales, ne pouvaient éclaircir dans l'espèce, à savoir, la nécessité de la présence directe du poison. Les assureurs avaient attaqué le suicide. Ils étaient tenus de fournir à l'appui de leur accusation des preuves claires et évidentes; le demandeur n'était pas tenu à prouver

que la mort était naturelle. Si, outre les enveloppes de papier, la ficelle et le bouchon, on eût trouvé une fiole qui eût contenu évidemment du laudanum, ou si le liquide du gobelet, au lieu d'être simplement goûté et senti par le médecin et ensuite jeté au loin, eût été soigneusement analysé, ou si encore on avait pris des précautions analogues pour le contenu de l'estomac, on aurait pu prouver avec une évidence satisfaisante pour le jury, que le défunt était mort par un poison narcotique. Dans le cas où le défunt aurait pris une dose toxique d'une préparation opiacée, on pouvait supposer qu'il s'était débarrassé de la bouteille en la jetant par la fenêtre de la bibliothèque, qu'on avait trouvée ouverte, tandis que le soir les volets avaient été fermés. On ne trouva aucune trace de la potion calmante dont il avait parlé à son domestique, pas même la bouteille; la présence de l'enveloppe de papier coloré, du bouchon et de la ficelle trouvés dans la chambre à coucher n'était pas expliquée.

Le seul point qui fût contre la présomption d'un empoisonnement narcotique, était celui-ci : le domestique jura, lors du procès, que la sonnette de son maître avait retenti vers neuf heures. Si le fait était vrai, le défunt ne pouvait pas avoir été alors sous l'influence d'un poison narcotique, puisqu'il devait avoir traversé la chambre pour tirer la sonnette ; il en résulterait que l'action délétère du poison se serait exercée dans l'espace de trois heures, tandis que dans la plupart des cas d'empoisonnement par l'opium, il faut six à douze heures pour amener la mort. Cependant l'opium, on le sait, peut donner la mort dans un laps de temps très-court. Le docteur Christison a vu un cas où la personne est morte dans trois heures, et le docteur Beck un autre où la mort est survenue en deux heures et demie. Mais en comparant les témoignages du domestique lors de l'enquête et lors du procès, on trouvait entre eux une

grande différence. A l'enquête faite immédiatement après la mort de son maître, deux ans avant le procès, il n'avait pas parlé du coup de sonnette, alors qu'on aurait pu supposer que l'ensemble des circonstances était encore présent à son esprit. Il avait aussi déclaré alors que précisément avant d'entendre le prétendu coup de sonnette, lorsqu'il avait frappé à la porte de son maître en montant dans sa chambre après neuf heures, il n'avait pas reçu de réponse. Il n'y avait qu'une sonnette dans la maison, les quatre ouvriers qui y étaient employés n'avaient pas entendu sonner de toute la matinée. Les quatre témoins déposèrent aussi d'un autre fait important, ils jurèrent qu'entre onze heures et midi, entendant un gémissement ou un ronflement dans la chambre à coucher du défunt, ils avaient proposé au domestique de forcer la porte et d'entrer; celui-ci s'y était refusé, parce que, disait-il, son maître était malade, qu'il avait pris une potion calmante et qu'il lui avait demandé de ne pas entrer dans la chambre jusqu'à ce qu'il l'entendît sonner. C'était là ce qu'il disait deux heures après le moment où, d'après sa déposition dans le procès, il avait entendu sonner et était monté pour répondre! Cette preuve, qui paraissait militer contre la présomption d'un empoisonnement par un narcotique, était donc nulle et indigne de créance; mais, par une étrange omission, ces contradictions dans la déposition du témoin ne furent pas remarquées alors. Ce cas montre l'importance, je dirai même la nécessité absolue, de faire les examens *post mortem* et les analyses chimiques pour les enquêtes avec soin et attention. C'est aussi une application de ce principe que, bien que le suicide puisse être une cause de violation d'un contrat de cette nature, il faut que l'allégation repose sur des preuves directes et positives et non sur des présomptions et des déductions médicales.

Parmi les questions médico-légales qui se rattachent à

ce sujet est la suivante : Est-ce que la clause contenue dans la police touchant le suicide comprend tous les actes de destruction de soi-même, ou est-elle restreinte seulement à ceux dans lesquels une personne saine ou en partie aliénée se détruit elle-même avec la conscience de ce qu'elle fait? Cette question a été traitée ailleurs; le suicide n'implique pas nécessairement l'aliénation mentale; mais, même s'il l'impliquait, la loi, comme elle a été fixée par l'interprétation de la majorité des juges qui ont eu à se prononcer sur ce point dans des cas d'assurances sur la vie, est que lorsqu'une personne assurée se détruit elle-même avec intention, quel que soit l'état de son esprit, la police est annulée. Si une personne ou saine ou aliénée se tue sans intention, les assureurs doivent payer, mais dans ce cas la preuve doit être fournie par les demandeurs, c'est-à-dire par ceux qui bénéficieront de la police. Certaines Compagnies ne font pas du suicide un cas d'annulation de la police.

[Toutes les personnes qui s'occupent d'assurances sur la vie s'accordent à dire qu'elles regardent comme loin d'être rares les suicides accomplis en vue de réaliser, au bénéfice de ses héritiers, une assurance contractée à dessein et avec la pensée arrêtée d'une mort volontaire. Mais les Compagnies en sont réduites à soupçonner ces faits, plus souvent qu'elles ne peuvent les prouver. Le plus ordinairement, ce sont des suicides par submersion ou par écrasement, genres de mort qui laissent place à la supposition d'une mort accidentelle. Taylor a cité des exemples d'empoisonnement ayant le même caractère et le même but. En France, lors même que les Compagnies ont acquis la certitude qu'il y avait eu suicide provoqué par suite de mauvaises affaires ou par un sentiment exagéré de la famille, soit que les preuves n'aient pas paru suffisantes, soit qu'elles aient craint de nuire à l'avenir d'une industrie naissante, elles

n'ont presque jamais osé, jusqu'à ce jour, soulever une difficulté judiciaire de cette nature. Nous allons citer cependant un cas très-remarquable, et qui a eu un grand retentissement, de mort par un coup de feu, qui s'est produit dans des circonstances très-suspectes et qui a donné lieu à un procès dans lequel, outre la distinction du suicide et de l'homicide, a été soulevée la question d'aliénation mentale.

Sur cette question de la folie qu'a déjà examinée le professeur de Guy's Hospital, nous nous contenterons d'ajouter qu'un jugement du tribunal de la Seine en date du 8 août 1854, a décidé que « celui qui s'est donné la mort dans un » accès d'aliénation mentale ne peut être réputé avoir péri » victime d'un suicide, » au sens où l'entendent les polices d'assurances.

Le fait auquel nous venons de faire allusion a déjà été publié par nous (1); il avait été de notre part l'objet d'une étude approfondie et d'expériences entreprises de concert avec l'habile arquebusier M. Devisme, en vue d'établir avec précision les circonstances matérielles de la mort. De plus, il a été, par notre distingué confrère M. Brierre de Boismont (2), soumis à un examen à la fois médico-légal et psychologique, à la suite duquel, dans des considérations pleines d'intérêt, il apporte de puissantes preuves morales à l'appui de la probabilité du suicide que nous avons soutenue.

Le 7 septembre 1858, à sept heures du matin, un coup de feu retentit sur un des boulevards de Paris. De la fumée

(1) *Question médico-légale sur un cas de mort violente par un coup de feu, survenu soit par le fait d'un suicide, soit par accident*, par le docteur A. Tardieu (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, t. XIII, p. 443).

(2) *Recherches médico-légales sur le suicide, à l'occasion d'un cas douteux de mort accidentelle ou violente*, par A. Brierre de Boismont (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, t. XII, p. 126).

s'échappe d'une voiture en marche; le cocher s'arrête et l'on trouve dans l'angle de la voiture le corps d'un homme, assis, la moitié gauche du crâne enlevée par l'explosion d'un fusil de chasse à deux coups, placé entre ses jambes. Cet homme, qui mourait ainsi instantanément dans la voiture où il venait de monter depuis cinq minutes à peine, s'était fait assurer peu de temps auparavant pour la somme considérable de 150 000 francs, et les Compagnies *le Phénix* et *la Paternelle* se refusaient à payer, par le motif que la mort avait été volontaire et non accidentelle. Il serait sans objet de reproduire ici les motifs déduits de nos observations et des expériences que nous avons répétées dans la voiture même où le cadavre avait été trouvé, qui nous conduisirent à repousser la supposition d'un accident et à conclure au suicide. Nous nous contenterons de dire que pour nous la direction de la blessure constatée à la tête, l'obliquité qu'elle avait exigée dans la position de l'arme, eu égard à l'étroitesse de la voiture, démontraient de la manière la plus positive que le coup avait été préparé, volontairement tiré, et que la mort était le résultat non d'un accident, mais d'un suicide. De son côté, le savant aliéniste M. Brierre de Boismont concluait dans le même sens, en établissant, avec l'autorité qui lui appartient, que beaucoup de suicides conservent au milieu de leurs préparatifs une liberté d'esprit et un sang-froid parfaits, et qu'il était impossible de trouver, dans la tenue, dans les écrits, dans les derniers actes de l'individu dont il s'agit, la preuve morale qu'il n'avait pu lui-même attenter à ces jours.

Ce qui est plus intéressant dans cette affaire, au point de vue spécial du sujet que nous traitons dans cette étude, c'est de rappeler comment le fait a été apprécié dans le débat judiciaire auquel il a donné lieu. Le ministère public le résumait ainsi par l'organe de M. Pinard, l'éloquent procureur général de la Cour de Douai : « N'oublions pas le

» point de départ du débat. Il s'agit de résilier un contrat. » La base de la résiliation c'est le suicide. C'est donc aux » Compagnies qui demandent la résiliation à faire la preuve.» Puis, après avoir cherché cette preuve tour à tour dans les constatations matérielles et dans les constatations morales, il ajoutait : « Je comprends qu'on me trouve difficile pour la » preuve, mais à cela il y a deux raisons : la première, c'est » qu'il s'agit d'une résiliation et que les Compagnies doi- » vent l'établir comme demanderesses; la seconde, c'est » qu'il s'agit d'un suicide et qu'un semblable fait ne doit » pas s'induire, mais se prouver comme un délit. Et puisque » la preuve n'est pas faite, que l'alternative me poursuit et » que je suis encore entre la mort accidentelle possible et » le suicide probable, oh! alors, j'incline pour le possible » et je maintiens le contrat. » Cette doctrine devait prévaloir et le doute être nécessairement interprété contre les Compagnies. Aussi, par son jugement, le tribunal les condamnait à acquitter le montant de l'assurance de 150 000 francs.

Certes, on ne peut nier que la distinction du suicide et de l'homicide ne soit souvent assez difficile pour justifier une semblable jurisprudence; mais il est triste de penser combien elle peut, non moins souvent, conduire à l'erreur. M. Brierre de Boismont en cite un exemple emprunté à un journal allemand (1) et qui rentre complétement dans notre sujet.

Le 12 octobre 1840, un négociant fut trouvé étranglé sur la route de Stettin. Le mauvais état de ses affaires fit d'abord penser à un suicide. Mais la position du cadavre, qui avait les mains liées derrière le dos, des traces de spoliation, tout enfin écarta un pareil soupçon, et les tribunaux, reconnaissant les preuves d'une mort violente, durent pro-

(1) *Gazette universelle de Berlin*, 12 octobre 1840.

céder à une enquête judiciaire qui cependant n'aboutit à aucun résultat. Le négociant avait assuré sa vie à la banque de Gotha pour une somme de 40 000 francs environ qui devaient être remis à sa famille, sauf le cas où sa mort serait due à un suicide. Les choses en étaient là lorsqu'un fondé de pouvoirs de cette banque est venu se présenter aux tribunaux pour prouver que le négociant s'était véritablement suicidé, et réclamer la somme déposée entre les mains de la justice. Il produisit une lettre autographe du mort, dans laquelle celui-ci exposait les motifs qui l'avaient poussé à cet acte et les moyens qu'il avait employés pour l'exécuter. Le document établissait qu'il s'était sacrifié à sa famille pour la préserver d'une ruine complète. Suivant cette lettre, qui a tous les caractères de l'authenticité, il s'était pendu à un poteau d'où un ami était venu l'enlever, d'après un accord fait entre eux, pour le mettre dans une attitude propre à faire supposer un meurtre.

Si ces morts volontaires destinées à hâter le terme d'une assurance et à en fausser les conventions ne sont pas très-rares, il n'en sera pas de même sans doute des faits de la nature de celui que nous allons rapporter et qui peut cependant en être rapproché. Il s'agit d'un décès simulé; et quelque grossière que soit la ruse, il n'est pas inutile de la dévoiler dans ce travail où nous cherchons à exposer, aussi complétement que possible, tous les cas où les assurances sur la vie impliquent ou réclament l'intervention directe ou indirecte du médecin.

Un négociant d'une des principales villes de France contracte à l'une des grandes Compagnies de Paris, en décembre 1864, une assurance de 100000 francs. Peu de temps après, on apprend sa déconfiture, la poursuite dont il est l'objet pour banqueroute frauduleuse et sa fuite en Angleterre. Quelques mois plus tard, au moment où allait échoir la première annuité, la Compagnie est informée

qu'il vient de mourir à Londres d'une maladie du cœur, qu'il a été frappé subitement sur la voie publique, et l'on expédie comme preuves un certificat de médecin, la déclaration faite au *registrar* et le procès-verbal d'inhumation. Avant d'acquitter le montant de la somme réclamée, la Compagnie fait procéder à une enquête dans le pays de l'assuré d'abord, puis à Londres; et après avoir successivement découvert que le domicile du décédé était faussement indiqué, que le médecin dont on produisait l'attestation n'existait pas, après s'être enquis près du fossoyeur du cimetière catholique où avait eu lieu l'inhumation, lequel reconnaissait dans la photographie de l'assuré les traits de la personne des mains de laquelle il avait reçu un cercueil amené sans témoin et sans pompe, on acquit la certitude que le banqueroutier, par une nouvelle fraude, avait été au *registrar-office* déclarer sa propre mort et avait présidé lui-même à ses propres obsèques, se préparant d'ailleurs à recueillir son héritage, et ayant déjà acquis un navire et une cargaison des deniers que, par son décès simulé, il avait espéré extorquer à la Compagnie.]

VIII. — CONSTATATION DE L'HOMICIDE CONSIDÉRÉ COMME MOTIF D'ANNULATION DU CONTRAT.

On suppose naturellement qu'un homme a un intérêt direct à préserver sa propre vie, mais cela peut ne pas l'empêcher de devenir victime des criminels desseins d'un autre. L'intérêt que peut avoir une personne dans l'assurance de la vie d'un autre souleva une importante question, dans l'affaire de Heldon contre West, en janvier 1863. Le demandeur, employé dans une maison de banque, avait fait assurer la vie d'un certain Pedder qui était un des directeurs de la banque. Le demandeur était débiteur envers la banque d'une somme de 5000 livres (125000 francs), et

Pedder l'ayant informé que tant que lui, Pedder, vivrait, il ne serait troublé par aucune demande du payement, le demandeur avait assuré la vie de Pedder dans la Compagnie du défendeur pour la somme de 2500 livres (62500 francs). C'était le payement de cette somme au demandeur qui maintenant était discuté. Le défendeur prétendait que le demandeur n'avait aucun intérêt à assurer la vie de Pedder. Le cas fut plaidé, et la Cour s'en référa au cas qui avait déjà été jugé : d'un père assurant sa propre vie ou un mari celle de sa femme. Il avait été décidé dans ces cas-là qu'il n'y avait pas d'intérêt assurable, c'est pourquoi lorsqu'un mari désirait prendre des précautions pour sa femme, il assurait sa propre vie, ce n'était pas elle qui l'assurait. De plus, on cita comme exemple l'affaire très-remarquable de Wainwright, dans laquelle cette personne avait poussé sa belle-sœur à assurer sa vie et l'avait empoisonnée ensuite pour recueillir, comme étant le parent le plus proche, la somme assurée. Ce cas montrait l'importance immense de la loi qui demande que l'on ait un intérêt réel dans la vie de la personne qu'on assure. Le résultat de toute l'argumentation fut que la Cour réserva son jugement; mais il ressortit de là qu'il n'y avait pas accord sur la question de savoir : ce que l'on pouvait appeler légalement un intérêt d'assurance dans la vie d'un autre. On a pensé que l'assurance sur la vie pouvait être considérée comme mauvaise, parce qu'elle tend à créer un intérêt à la mort d'un autre, et conduit ainsi à des meurtres secrets. Le 14e décret de George III, chapitre 48, dispose expressément qu'aucune assurance sur la vie ne sera valide, à moins que la personne qui assure n'ait un intérêt direct et légitime à la vie de la personne qui est assurée. Ce décret a été rendu dans le but d'empêcher la spéculation sur les polices, et de préserver la société contre le danger de personnes qui en assureraient d'autres et chercheraient leur mort pour avoir le payement

que promet la police. Mais l'effet du décret est simplement d'annuler la police, il ne demande pas que les primes soient rendues et n'édicte aucune pénalité contre les contrevenants. Comme les polices d'assurances sur la vie peuvent être vendues et achetées comme d'autres propriétés, elles peuvent tomber entre les mains de personnes qui n'y ont pas d'autre intérêt que le désir que ces polices deviennent bientôt des créances par la mort de l'assuré. Comme on l'a justement fait observer, l'intérêt d'un tel dépositaire ne tient pas à la vie, mais à la mort de l'assuré.

Un homme fut trouvé mort à Saint-Fergus, en Écosse, blessé par un coup de pistolet dans des circonstances très-suspectes. Les faits médicaux et moraux ne s'accordaient pas avec l'hypothèse d'un suicide; tous s'accordaient pour faire supposer un meurtre commis avec une froide préméditation. On désignait comme coupable de ce crime présumé un médecin, et le motif qu'on assignait à cet acte était que le prévenu avait récemment contracté, auprès de trois Compagnies différentes, des assurances qui se montaient à environ 2000 livres (50000 francs), sur la vie du défunt, pauvre homme à la vie duquel il fut prouvé qu'il ne pouvait avoir aucun intérêt pécuniaire légitime. Les assurances n'étaient contractées que pour de courtes périodes, et, comme dans les Compagnies écossaises, les polices ne sont pas annulées par le suicide, le montant pouvait en être réclamé même si l'on supposait que le défunt s'était détruit lui-même. Le corps, l'arme et d'autres objets avaient été arrangés, au moins on le supposait, de manière à faire croire à un suicide. Un fait très-significatif, et qui servit à expliquer la mort du défunt et le mobile du prévenu, c'est que les risques correspondants à l'assurance la plus forte, 1000 livres (25000 francs), couraient du 24 novembre 1852 au 24 novembre 1853. Il n'avait été payé qu'une prime d'environ 11 livres (275 francs), et il fut prouvé

que ce payement avait été fait par le prévenu. Le défunt fut trouvé mort le 20 novembre 1853, c'est-à-dire quatre jours seulement avant la date à laquelle la police d'assurances sur sa vie aurait été échue. On arrivait donc à montrer que l'accusé avait le motif, les moyens et les occasions favorables de commettre ce crime; mais comme il n'y avait pas de circonstances qui pouvaient le mettre directement à sa charge, il fut acquitté.

Une affaire remarquable fut jugée en ce pays, en 1835, (Wainwright contre Bland, à l'Échiquier, le 29 juin 1835), affaire dans laquelle on cherchait à recouvrer le montant d'une police d'assurance faite pour deux années sur la vie d'une miss Abercromby. L'action fut intentée contre les directeurs de la *Compagnie d'assurance impériale;* ils se refusaient à payer, en alléguant que la demoiselle avait été empoisonnée, et que le demandeur Wainwright n'avait à sa vie aucun intérêt pécuniaire légitime. Comme il y a de fortes raisons de croire que ce meurtre fut un des premiers pour lesquels on employa la strychnine dans cette contrée, il peut être considéré comme le type de ceux qui, vingt et un ans plus tard, furent pendant un certain temps commis avec succès par le criminel William Palmer. La strychnine n'avait été découverte que douze ans auparavant; elle n'était encore que peu connue comme poison, soit en Angleterre, soit en France. L'histoire de cette affaire est remarquable, et la cause réelle de la mort ne fut jamais bien recherchée. Deux jeunes femmes du nom d'Abercromby, les filles d'un officier décédé, sans autre propriété que des pensions du gouvernement de 10 livres, 250 francs par an, habitaient à quelques milles hors de la ville avec un homme du nom de Wainwright et sa femme, qui étaient aussi dans une position gênée. Elles vinrent à Londres en 1830, à l'entrée de l'hiver, et prirent des logements. L'aînée, qui avait juste atteint sa vingt et unième année, fut envoyée quelquefois

seule et quelquefois avec sa sœur à huit ou dix Compagnies d'assurances, pour contracter auprès de chacune des assurances sur sa propre vie. Comme elle était d'une forte et vigoureuse santé, elle reçut un accueil favorable de la part de plusieurs Compagnies, quoiqu'elle ne pût assigner à son désir d'assurer sa vie d'autre motif, sinon qu'on lui avait dit que c'était bien de sa part d'agir ainsi. Cinq Compagnies lui accordèrent des polices en son propre nom, quelques-unes pour deux, d'autres pour trois ans, jusqu'à concurrence d'une somme de 16 000 livres (400 000 francs).

Parmi ces Compagnies était la *Compagnie impériale* qui, en octobre 1830, accepta une assurance pour sa vie pour 3 000 livres (7 500 francs). Le 13 décembre suivant, étant en parfaite santé, elle fit son testament, et légua cette police ainsi que d'autres aux demandeurs Wainwright et à sa femme. Le soir de ce jour, toute la société alla à un théâtre public et, à son retour, fit un souper avec des huîtres et du porter. C'est à cette occasion que miss Abercromby fut indisposée pour la première fois. On prétendait qu'elle souffrait d'une attaque d'hystérie, mais on n'a pas un récit net de sa maladie à cette époque. Ce ne fut que le 16 décembre qu'un médecin la vit, mais sa maladie n'était pas d'une nature alarmante; on supposait que c'était de l'hystérie. Le 21, ce médecin fut appelé à la hâte auprès d'elle, et la trouva en proie à de violentes convulsions tétaniques, semblables à celles qui sont quelquefois les effets d'une blessure; c'était le *tétanos*. Elle disait qu'elle mourrait certainement et, en effet, elle mourut tout à coup, au milieu d'un accès de convulsions. Le médecin avait quitté la maison, et lorsqu'il revint au bout d'une heure, elle venait de mourir. L'aspect que présentait le corps n'a été rapporté qu'imparfaitement. Il y avait à la base du cerveau un épanchement séreux auquel on rapporta la mort; on ne fit pas d'analyse du contenu de l'estomac; il avait été, prétendit-on, exa-

miné minutieusement, et il n'y avait pas trace de quelque chose qui eût pu être suffisant pour amener la mort. Mais la personne à qui cet examen avait été confié ne fut pas appelée en témoignage lors du procès.

Wainwright, comme exécuteur testamentaire et tuteur de la jeune fille, réclamait le payement de deux des polices qui avaient été faites à son profit. Mais ce payement fut refusé. Il alla alors en France avec sa famille et, cinq ans après (en 1835), il intenta, par l'intermédiaire d'un agent, un procès à la *Compagnie impériale d'assurances*. Dans cette occasion, le jury ne put pas s'accorder pour rendre son verdict. Une autre action fut encore intentée plus tard à la Compagnie, et les faits mentionnés ci-dessus furent constatés lors du procès. L'attorney général dit que le demandeur avait quitté le pays, et qu'il y avait de bonnes raisons de croire qu'il n'y reviendrait jamais. Le juge déclara au jury que les exécuteurs testamentaires devaient recevoir l'argent, soit que le meurtre eût été commis, soit qu'il ne l'eût pas été, pourvu que l'assurance eût été faite de bonne foi de la part de la défunte. Sa seigneurie dirigea l'attention du jury sur le fait extraordinaire de cette jeune dame (la défunte), faisant ces assurances si considérables seulement pour deux années ; puis, sa maladie soudaine et sa mort dans les convulsions, bientôt après que la police avait été réglée. Elle fit souvenir, en outre, le jury qu'aucun renseignement n'était venu élucider les raisons que la jeune fille avait données aux différentes Compagnies pour effectuer ses assurances sur sa vie. Par le testament fait en faveur du demandeur et de sa femme, et qui leur assignait ces assurances, ces personnes étaient placées dans une situation que la loi ne permet pour personne, à savoir, celle d'avoir un intérêt considérable à donner la mort à une autre personne par des moyens illégitimes. Le jury rendit son verdict pour les assureurs, alléguant que l'affaire avait été mal présentée et que les

demandeurs n'avaient pas d'intérêt à assurer la vie de la défunte.

On ne saurait douter que cette jeune femme ne soit morte par l'effet d'une dose de strychnine qui lui fut administrée peu avant que le médecin la vît, dans l'après-midi du 21 décembre. Le tétanos que produit ce poison amène rapidement la mort; lorsque, au contraire, il provient de blessures, il a une marche plus lente et n'amène la mort qu'au bout de quelques jours, et, dans ce cas, il n'y avait ni blessure, ni aucune autre cause naturelle qui pût en rendre compte. Wainwright fut donc jugé ensuite, convaincu de faux et déporté. Il mourut plusieurs années après dans une de nos colonies pénitentiaires et, avant sa mort, il avoua, dit-on, qu'il avait fait périr miss Abercromby et plusieurs autres personnes par la strychnine.

Quelques-uns des empoisonnements qui eurent lieu à Rugeley, en 1855-56, et qui finirent par la condamnation et l'exécution du fameux William Palmer pour le meurtre de J. P. Cook, avaient leur origine dans ce facile système de s'enrichir au moyen des assurances sur la vie. Le corps d'Anne Palmer, la femme du condamné, gisait déjà depuis quinze mois dans le tombeau, d'après un certificat de décès donné par un médecin attestant la mort par un choléra bilieux, lorsque la mort soudaine de Cook et la découverte de l'antimoine dans son corps conduisirent à l'exhumation du corps de cette dame. On trouva alors qu'elle était morte par l'effet de l'antimoine, qui fut découvert par le docteur Reess et moi, dans toutes les parties du corps, et même jusque dans les ovaires (1). Lorsque nous cherchâmes l'histoire de la maladie qui avait précédé la mort, nous trouvâmes que les symptômes s'accordaient parfaitement avec les effets du tar-

(1) A. Tardieu, *Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine, contenant la relation de l'affaire Palmer* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1856, 2e série, t. VI, p. 371).

trate d'antimoine, et non pas avec ceux du choléra bilieux ou de n'importe quelle maladie. L'antimoine n'avait pas été prescrit à la défunte pendant sa maladie ; il était parfaitement clair qu'il avait dû lui être administré par quelqu'un, jusqu'à une période voisine de la mort. N'ayant dans la fortune de sa femme qu'un intérêt d'environ 3000 livres (75 000 francs), et pendant la courte période des neuf mois qui précédèrent sa mort, William Palmer fit ou fit faire des propositions pour assurer sa vie auprès de huit Compagnies différentes pour une somme totale de 33 000 livres (825 000 francs). Trois de ces propositions faites par lui-même à l'*Union de Norwich*, en décembre 1853, pour 3000 livres (75 000 francs); au *Scottish Équitable*, en janvier 1854, pour 5000 livres (125 000 francs), et au *Soleil*, en février 1854, aussi pour 5000 livres, furent acceptées par ces Compagnies; il arriva ainsi, en moins de trois mois, à effectuer une assurance totale de 13 000 livres (325 000 francs), pour couvrir l'intérêt qu'il avait sur la vie de sa femme et qui se montait à 3000 livres. Les autres propositions se montant à environ 20 000 (500 000 francs) furent refusées par les autres Compagnies auxquelles il s'adressa. Le total des primes payées par Palmer pour ces trois polices se monta à 388 livres (9700 francs), et il était à cette époque tellement à court d'argent, qu'il fit un billet que l'on décompta sur la sûreté des polices, de telle manière qu'il réussissait à faire payer des polices par elles-mêmes. Comme il était embarrassé dans ses affaires et incapable de continuer à faire des billets de cette nature sans s'enfoncer encore plus profondément dans les dettes, la mort de sa femme devint pour lui une affaire de nécessité. En moins de six mois, après qu'il avait contracté des assurances sur sa vie, sa femme mourut empoisonnée sous sa direction immédiate. A sa mort, ces fortes sommes furent réclamées par Palmer et lui furent payées par les Compagnies. Quoiqu'il y eût déjà

à cette époque quelques soupçons que sa femme était morte empoisonnée, il n'y eut ni enquête, ni inspection, et le corps fut enterré à la hâte. Ces faits ne vinrent à la lumière que plus d'un an après, pendant l'enquête qui fut faite pour un autre meurtre en 1855.

Il semble que le caractère respectable de Palmer, sa position sociale et professionnelle, et de plus, les deux certificats médicaux de la mort de sa femme contrecarrèrent toutes les intentions qu'eussent eues les compagnies de ne pas payer les polices. William Palmer poussa bien plus loin ses spéculations d'assurances sur la vie. N'ayant aucun intérêt pécuniaire quelconque à la vie de son frère Walter Palmer, il fit ou lui fit faire des propositions pour assurer sa vie auprès de différentes compagnies jusqu'à la somme de 82 000 livres (2 050 000). La compagnie du prince de Galles accepta les propositions jusqu'à concurrence de 13 000 livres (325 000 francs) avec certaines restrictions. Le 16 août 1855, Walter Palmer mourut subitement en présence de son frère et d'un autre homme d'un caractère douteux, chez lequel il l'avait placé comme locataire, et il devint très-probable, sinon prouvé, que le prévenu William avait, peu de temps auparavant, acheté une bouteille d'acide prussique chez un droguiste. La police avait été attribuée par Walter à William.

Mais lorsque William Palmer voulut en toucher le montant après la mort de son frère, la compagnie refusa le paiement et pour de fort bonnes raisons, Palmer ne put l'y forcer. Il essaya ensuite, mais sans résultat, d'assurer pour 25000 livres (625000 fr.) la vie de son groom Georges Bates, qu'il désignait dans sa proposition comme un gentleman d'une fortune indépendante ; et il proposa à un nommé Cheshire, le maître de postes de Rugeley, de faire aussi des propositions sur sa vie pour la somme de 5000 livres (125000 fr,) et de lui assigner les polices, et, n'eût été la

révélation des faits relatifs à la mort de Cook, ces deux personnes, sur la tête desquelles une forte assurance avait été mise, eussent été ses prochaines victimes.

Le thuggisme (1), tel que le pratiquaient autrefois dans l'Inde certaines classes d'Indous, ne serait qu'un péché véniel comparé à cette profession qui consisterait ainsi à prélever de fortes sommes d'argent sur la vie humaine. Les Compagnies ont maintenant l'habitude de demander parmi leurs questions si la vie à assurer a déjà été proposée à d'autres Compagnies, et si la proposition a été acceptée ou non. Mais cette méthode n'empêche qu'en partie ces spéculations odieuses.

En France et dans la plupart des États du continent, les assurances de cette nature sont, dit-on, strictement défendues, non pas pour empêcher la spéculation qu'on encourage plutôt, mais dans le but de préserver la société contre le danger des personnes qui en assurent d'autres et désirent par là leur mort. La preuve que ces règlements ne suffisent pas pour préserver du meurtre secret et de la spéculation sur la vie humaine, est l'affaire du docteur de la Pommerais qui, en mai 1864, fut convaincu à Paris du meurtre d'une femme du nom de Pauw. Le lecteur connaît les détails médicaux qui ont trait à ce meurtre (2), lequel égale, sinon dépasse en atrocité, les crimes commis par William Palmer sur sa femme et son frère.

De la Pommerais avait d'abord cohabité avec la défunte. L'ayant ensuite abandonnée, il épousa en août 1861 une demoiselle de quelque fortune, mademoiselle Dubizy. Quel-

(1) Tribu de l'Inde dont les membres tuent le plus de monde possible, et élèvent dans ces principes les enfants qu'ils enlèvent durant leurs voyages.

(2) Voyez la *Relation médico-légale de l'affaire Couty de la Pommerais*, par A. Tardieu et Z. Roussin (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1864, 2e série, t. XXII, p. 80).

que temps après le mariage, la mère de cette dame mourut dans des circonstances très-suspectes, et on supposa que c'était par suite d'un poison administré par le prévenu. En juin 1863, il renouvela tout à coup et sans aucune cause apparente son intimité avec la défunte de Pauw, qui vivait dans une grande pauvreté avec plusieurs enfants. Lui ayant avancé plusieurs petites sommes d'argent se montant en tout à 27 livres (675 fr.), il la porta à assurer sa vie auprès de diverses Compagnies pour la somme de 22 000 livres (550 000 fr.) et ensuite à lui attribuer les polices. Les raisons qu'il donna pour effectuer ces assurances furent d'abord qu'il avait avancé à la défunte de grandes sommes d'argent (4000 livres, 100 000 fr.), et ensuite qu'il voulait pourvoir, si elle mourait, à l'avenir de ses enfants illégitimes. La première indication fut démontrée fausse et la seconde ne pouvait se rapporter aux réclamations qu'il fit plus tard aux Compagnies. La femme fut examinée, trouvée en bonne santé et des assurances sur sa vie furent contractées pour deux ou trois ans, jusqu'à concurrence de la forte somme indiquée plus haut.

De la Pommerais paya les premières primes se montant à 600 livres (15 000 fr.). Il s'était ainsi engagé pour trois ans à payer en primes une somme de 800 livres par an (20 000 francs), tandis que sa clientèle ne lui rapportait pas plus de 400 livres par an (10 000 fr.) et qu'il n'avait pas d'autres ressources. Il porta la défunte à feindre qu'elle était malade et qu'elle avait eu un accident, mais les chirurgiens et les médecins qu'elle consulta trouvèrent après l'examen qu'elle n'avait rien, sinon quelques accès de vomissements. Elle continua à se trouver bien jusqu'au 16 novembre, jour où l'accusé la visita et passa la soirée avec elle. La nuit suivante elle se trouva très-mal, et après de violents vomissements et des convulsions accompagnées de syncopes, elle mourut, dans la matinée du 17, empoisonnée, comme il fut prouvé, par de

la digitaline, dont l'accusé s'était procuré quelque temps auparavant une grande quantité, de l'emploi de laquelle il ne put rendre compte d'une manière suffisante. Il n'eut pas de difficultés cependant à exhiber un certificat médical pour prouver que la défunte était morte de gastrite et d'une perforation de l'estomac. Les polices d'assurances lui avaient été attribuées peu de temps auparavant par la défunte, et ce fut la réclamation hâtive qu'il fit du paiement qui éveilla les soupçons. Il n'y eut rien à répondre à l'accusation de meurtre par administration de digitaline, et l'accusé fut condamné et exécuté.

[On sait que la justice, saisie par les compagnies auxquelles on réclamait au nom des enfants de madame de Pauw le montant des assurances souscrites sous son nom par son meurtrier, n'a pas accueilli cette prétention, et a refusé de laisser subsister un contrat entaché de fraude et souillé de sang].

La vraie manière d'arrêter ce système de crimes occultes serait de mettre des restrictions légales très-sévères à la vente et à la transmission des polices et d'empêcher qu'elles ne puissent être recueillies par des étrangers, qui ne peuvent avoir d'intérêt qu'à la mort la plus prompte possible de l'assuré. Les membres du Burial-Club ont, dit-on, été gênés beaucoup par un règlement qui défend à une personne de recouvrer, sous prétexte de cette assurance, une somme plus forte que celle qu'elle a dépensée pour les funérailles.

[A ces exemples de spéculations homicides que Taylor a citées et qui de l'Angleterre ont été si tristement importées, en France par l'empoisonneur de madame de Pauw, nous sommes en mesure d'en ajouter un qui s'est produit, il y a quelques années, en Suède, au détriment d'une compagnie française, et qui par les circonstances vraiment extraordinaires dont il est entouré et par la perversité d'imagination qu'il atteste chez les auteurs de ce drame romanesque, ter-

minera d'une façon saisissante l'exposé des faits étranges que nous a révélés cette étude, à la fois physique et morale, des assurances sur la vie considérées au point de vue médical.

Le 26 mars 1856, une assurance en cas de mort est faite à la compagnie française, la *Caisse paternelle*, sur la vie de de Johann Peter Hoffstedt, domestique, demeurant à Carlskroud, né le 22 septembre 1805, au profit de Franz Swenson, commis-négociant à Carlskrona et sur le certificat de N. Ekrruntell, médecin et chirurgien, premier médecin de la ville de Carlskrona.

Ce Hoffstedt était un malheureux ivrogne qui, s'étant pendu, fut détaché encore vivant et sauvé par le sieur Swensson. Ce dernier eut l'idée d'une spéculation et fit un véritable contrat tacite avec le sieur Hoffstedt, en lui promettant de l'entretenir d'eau-de-vie matin et soir, à condition qu'il ne prendrait aucune nourriture.

La vie de Hoffstedt se prolongeant au delà des prévisions du sieur Swenson, celui-ci craignant de payer une nouvelle prime, des scènes violentes eurent lieu, et enfin Hoffstedt décéda le 31 août 1856, c'est-à-dire six mois après la souscription de la police et vers la fin de l'année le sieur Swenson réclama le paiement de l'assurance.

Mais le sieur Swenson, devant le tribunal de Stockholm, fut accusé d'empoisonnement, et bien qu'il eût été acquitté faute de preuves, les débats révélèrent les détails honteux de la spéculation.

La compagnie *la Paternelle* s'étant pourvue devant le tribunal civil de la Seine, fut exonérée de payer par un jugement rendu le 25 novembre 1859, dont les considérants sont curieux à citer.

« Attendu qu'il résulte la preuve que le contrat d'assurance qui fait l'objet de la contestation n'a pas été exécuté de bonne foi;

» Qu'en effet, il est constant pour le tribunal que quelque invraisemblable que puisse paraître ce fait, il a existé entre Swenson et Hoffstedt une convention au moins tacite qui a consisté en ce que Hoffstedt, qui était abruti par l'usage immodéré des liqueurs alcooliques et entraîné par un désir violent de satisfaire sa passion, a consenti à risquer d'abréger sa vie en acceptant de Swenson l'argent nécessaire pour pouvoir se livrer, autant qu'il le voudrait, à des excès de boissons, et que de son côté Swenson, en stipulant une assurance sur la vie de Hoffstedt, a spéculé sur la brièveté probable de son existence, à laquelle ce régime contre nature devait apporter promptement un terme ;

» Que cependant à une certaine époque, Swenson a témoigné son mécontentement de ce que Hoffstedt semblait reculer devant l'accomplissement final de ce projet ;

» Qu'à cette même époque, Hoffstedt est mort empoisonné par de l'arsenic et qu'une certaine quantité de cette substance a été trouvée chez Swenson ;

» Attendu que soit que l'on suppose que Hoffstedt s'est suicidé, soit que l'on admette que le poison a été donné même sans intention criminelle par la faute ou l'imprudence, ou par un fait quelconque de la part de Swenson dans ces diverses hypothèses, dont une au moins a dû se réaliser, les circonstances qui ont amené la mort de Hoffstedt tombent sous l'application de l'art. II des statuts de la compagnie d'assurance, d'après lequel toutes les fois que l'individu sur la tête duquel l'assurance a été contractée s'est suicidé ou est mort par le fait de la personne qui doit bénéficier de l'assurance, la convention est résiliée de plein droit et toutes primes payées sont acquises à la compagnie ;

» Par ces motifs : déclare résiliée la police d'assurance faite au profit de Swenson sur la tête de Hoffstedt. »]

TABLE DES MATIÈRES.

Avant-Propos 3
I. Principes de l'assurance sur la vie 6
II. Des questions relatives à l'état de santé des personnes assurées 10
Spécimen des questionnaires usités dans les principales Compagnies 12
III. De l'intervention des médecins dans les contrats d'assurances 38
IV. Détermination des maladies qui sont de nature à abréger la vie 55
V. Appréciation des effets de certains vices de conformation, infirmités et habitudes sur la durée de la vie 59
Habitudes d'intempérance 71
Habitudes d'abstinence ou d'alimentation exclusivement systématique 81
Habitude de manger de l'opium 83
Habitude du tabac 91
Aliénation mentale 91
VI. Constatation des causes de mort accidentelle 94
VII. Constatation du suicide ou de la mort simulée, considérée comme motif d'annulation du contrat 96
VIII. Constatation de l'homicide considéré comme motif d'annulation du contrat 110

FIN.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

DES

MALADIES PUERPÉRALES

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de médecine)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, LE 21 MARS 1866

PAR

Le Dr Jules SIMON

Médecin des hôpitaux.

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

1866

R31891

DES

MALADIES PUERPÉRALES

INTRODUCTION

DE L'ÉTAT PUERPÉRAL.

Les anciens, au dire d'un certain nombre d'auteurs, appelaient la femme en couches *puerpera* (*puer*, enfant; *parere*, procréer) (1); et l'état spécial et intéressant dans lequel elle se trouvait après la parturition, portait le nom de *puerperium*. Si bien que sous la désignation de maladies puerpérales on comprenait toutes celles qui venaient à se développer chez les nouvelles accouchées.

M. le professeur Monneret (2) n'adopte pas complétement cette traduction. Pour lui, *puerpera* s'appliquait tout aussi bien à la femme en couches qu'à la femme en état de gestation. Quoi qu'il en soit, si de nos jours on entend sous le nom d'état puerpéral, surtout et avant tout, l'état des femmes en couches, ne doit-on point étendre la signification de cette appellation aussi loin que les progrès de la physiologie pathologique la portent eux-mêmes? Ou bien doit-on, dans le seul but de respecter aveuglément l'antiquité, et d'en conserver religieusement et le culte et le souvenir, s'interdire tout parallèle et tout rapprochement entre la menstruation, la grossesse et l'état puerpéral proprement dit ? Si par l'enchaî-

(1) Requin, *Éléments de pathologie médicale* (*Puerpera*, Plaute et Pline).
(2) Monneret, *Traité de pathologie générale*. Paris, 1857, t. II, p. 131.

nement d'une série de faits nouveaux et de découvertes importantes, on venait à suivre les modifications fonctionnelles et organiques depuis les premiers moments de la grossesse jusqu'à l'état puerpéral, faudrait-il donc s'arrêter au mot en lui-même pour rester volontairement sourd aux déductions philosophiques qui en seraient la conséquence toute naturelle?

Telles sont les diverses questions que je me suis posées au début de cette étude, et qui ont été de ma part l'objet des plus vives et des plus sérieuses méditations.

M. le professeur Monneret m'avait largement tracé la voie dans son livre de pathologie générale. « Sans prétendre changer, dit-il, le sens qu'on attribue à ce mot généralement reçu, nous ferons cependant remarquer que la parturition ne représente qu'une phase de l'état physiologique qui commence au moment de l'imprégnation, continue pendant la grossesse, aboutit à la parturition, et a pour dernier terme le moment où la femme cesse d'allaiter et redevient apte à concevoir par le retour de ses règles. Tant que le nouvel organisme reste greffé sur la femme, tant que l'union nécessaire et physiologique que l'enfant contracte avec elle n'est point rompue, on doit considérer cette succession parfaite d'actes et de phénomènes comme un seul et même état physiologique. » C'est précisément en nous plaçant à ce point de vue que nous comptons envisager notre sujet.

Ainsi, pour M. Monneret, l'état puerpéral débute par l'imprégnation. La première période est la gestation ; la seconde la parturition ; la troisième la lactation. Cette extension donnée à l'état puerpéral est impérieusement commandée par les études modernes, qui nous montrent l'organisme entier de la femme se modifiant graduellement dans toutes ses parties pendant les trois grandes

périodes que nous venons d'indiquer. Les changements physiologiques qui surviennent dans le sang et dans les organes s'influencent réciproquement.

Ce n'est que par des transitions presque insensibles que la femme parcourt ces trois phases de l'état puerpéral. Les modifications organiques et fonctionnelles sont si profondes, qu'elles agissent fortement sur toutes les maladies intercurrentes.

Cette manière d'interpréter l'état puerpéral en détruit-elle le sens? Nullement; vous voyez bien qu'elle le fortifie. L'état puerpéral de la femme en couches, c'est toujours l'état puerpéral par excellence, c'est le maximum de la puerpéralité. Seulement, par l'étude attentive de la première période, celle de la gestation, on arrive facilement à en suivre les phases successives. La puerpéralité ne commence pas tout d'un coup au moment du travail ou de l'accouchement, ce n'est pas un état purement chirurgical; les modifications se préparent de longue main. A partir du jour où la femme est imprégnée, les grandes fonctions de l'économie sont toutes plus ou moins modifiées au profit de l'être qui germe et se développe dans le sein de la mère. On est allé jusqu'à dire que les forces vives de l'organisme convergeaient vers l'utérus comme vers un pôle magnétique. Quoi qu'il en soit de cette comparaison imagée, en se plaçant à un point de vue tout physiologique, il demeure parfaitement établi que la femme enceinte présente dans le liquide nourricier et l'appareil central de la circulation, dans le tube digestif et le foie, dans le système nerveux et la respiration, les sécrétions et les nutritions en général, des altérations lentes et profondes qui font naître chez elle des affections définitives ou transitoires, dont le point de départ remonte en droite ligne à la gestation, cette première étape de la puerpéralité.

Que si, par opposition, on veuille fixer l'origine de l'état puerpéral à la période de la parturition, que résultera-t-il de cette appréciation trop restreinte? C'est que toutes les affections (manie, albuminurie, éclampsie, pour ne citer que les maladies hors de tout conteste) qui viendront à se déclarer avant le travail, devront être considérées comme des accidents fortuits et ne mériteront pas de porter le nom de puerpérales, puisque l'heure de la puerpéralité n'a pas encore sonné.

Je n'ignore point que les adversaires de cette distinction pourront se retrancher devant la rareté des cas de manie et d'éclampsie avant le travail ; mais pourtant la science est, depuis quelque temps déjà, en possession de faits authentiques connus de tous, aussi bien des plus humbles comme des plus versés dans la pratique des accouchements. Et l'albuminurie, dont je parlais il n'y a qu'un instant, est-elle puerpérale, je le demande? L'état particulier, les conditions spéciales dans lesquelles se trouve placée la femme enceinte, n'ont-ils pas une influence légitime sur son apparition, sa durée et ses conséquences? Voilà donc une phase étrange dans l'histoire de l'état puerpéral, qui mérite, par ses allures et ses caractères, une étude à part. Nous le verrons naître, grandir, s'altérer ; et au moment de l'accouchement, ses assises, déjà larges et puissantes, prendront une extension plus grande encore. La puerpéralité sera parvenue à son apogée.

Une nouvelle question se présente tout naturellement à l'esprit. Si le point de départ se trouve suffisamment arrêté par la discussion qui précède, quelle est la limite ultime qu'on peut lui assigner? Pour bon nombre d'auteurs, l'état puerpéral dure pendant tout le temps des suites de couches jusqu'au rétablissement de la première menstruation, indice certain du retour à la vie normale et régulière. Pour M. le

professeur Monneret, il se continuerait pendant toute la durée de la lactation jusqu'au retour des règles. Nous verrons quelles sont les bases physiologiques et pathologiques de cette dernière division.

En résumé, l'état puerpéral de la femme en couches, c'est l'état puerpéral proprement dit, dont la gestation est la première période, et les suites de couches et même l'allaitement seraient la troisième et dernière période.

Conséquemment, bien que l'objet principal de cette étude soit les maladies de la femme en couches, nous désirons consacrer un chapitre aux maladies qui se déclarent avant cette époque. Nous verrons même que quelques-unes d'entre elles peuvent apparaître avant, pendant, comme après le travail.

Quant à la menstruation, Virchow, MM. Trousseau, Monneret, Béhier, etc., etc., et presque tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, la font rentrer dans l'état puerpéral. Longtemps la menstruation, dit M. Pajot, resta un phénomène mystérieux; mais sa véritable nature nous est enfin connue. La menstruation est une ponte ; c'est un avortement, c'est un embryon d'accouchement. Mais tous les phénomènes sont ici en miniature, c'est un état puerpéral en petit; et, en effet, voyez s'il y manque quelque chose. La menstruation s'accompagne de la déchirure des vaisseaux ; c'est là un fait que les recherches modernes ont mis hors de doute. Voilà donc une plaie comme dans l'état puerpéral; chez beaucoup de femmes, la menstruation est caractérisée par des douleurs et des contractions utérines, faible ébauche de celles qui surviennent après le part. Bien souvent l'apparition des règles est précédée de symptômes généraux très-appréciables qui se continuent pendant toute sa durée. Ces sécrétions sont modifiées, l'innervation est troublée, et enfin il y a un dernier signe qui rappelle l'état puerpéral,

ce sont les modifications des seins. En un mot, la menstruation semble une ébauche de l'état puerpéral. J'ai cité avec empressement tout ce passage, parce qu'il émane d'une plume autorisée, et parce que, dans la leçon à laquelle il est emprunté, M. Pajot s'élève contre l'extension de l'état puerpéral jusqu'à la grossesse (1).

M. Lorain (2), sur le travail duquel nous reviendrons plus tard, pense que le fœtus fait partie de l'organisme de la mère et qu'il peut contracter les mêmes maladies avec elle ou indépendamment d'elle. Quant au nouveau-né, ajoute-t-il, si la mère a ses lochies utérines, il a ses lochies ombilicales, et l'expérience démontre qu'il a à peu près la même opportunité morbide que la mère. Cette opinion mérite d'être discutée. Je prendrai également en sérieuse considération toutes les preuves qui militent en sa faveur comme toutes celles qui tendent à la détruire.

M. le professeur Trousseau enfin, dans sa communication à l'Académie de médecine (3), a été plus loin encore que M. Lorain. « Un médecin d'infiniment d'esprit, dit-il, M. Lorain, a soutenu, il y a deux ans, une thèse : De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né. » Je regrette qu'il n'ait pas ajouté : « et chez les blessés des deux sexes résidant à proximité des salles d'accouchements ». Il lui aurait été facile de montrer chez les hommes eux-mêmes en temps d'épidémies, et toutes réserves faites sous le rapport des différences d'organisation, des lésions analogues.

Cette influence de voisinage est incontestable; mais doit-on en appeler les résultats du nom de fièvre puerpérale?

(1) Pajot, *Leçons sur les affections puerpérales* (*Gazette des hôpitaux*, 1862).

(2) Lorain, *La fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Paris, 1855.

(3) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, séance du 16 mars 1858.

'est là un fait que je tenais à soulever, sans vouloir le ré-
oudre à cette place.

Fidèle au plan que je me suis tracé, je vais donc, avant
'aborder l'étude des maladies de la femme en couches,
asser en revue l'état de la femme grosse et les maladies qui
euvent l'atteindre.

DIVISION DU SUJET.

De là pour moi la nécessité de diviser ce travail en trois
arties.

Dans la première partie (état de gestation), se trouvent
ompris la chlorose, les troubles digestifs et nerveux, les alté-
ations de sécrétion et de nutrition, l'albuminurie, l'urémie,
s ostéophytes, etc., etc., maladies qui appartiennent en
ropre à l'état de la femme grosse, et, comme corollaire
bligé, les maladies locales ou générales qui peuvent surve-
ir d'une manière intercurrente.

La deuxième partie (suites de couches) contiendra l'his-
oire de la fièvre puerpérale et celle des autres maladies
uerpérales. C'est là où les opinions de MM. Lorain et
'rousseau sur l'état puerpéral du fœtus et du nouveau-né,
rouveront naturellement leur place. Les maladies locales
u générales, survenant à titre de complication, seront,
omme dans la première période, l'objet d'une étude spéciale.

Enfin, dans la troisième partie (lactation) nous reprodui-
ons les opinions de M. le professeur Monneret.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDES

DES MODIFICATIONS SUCCESSIVES, PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES DE LA PREMIÈRE PÉRIODE. — ÉTAT DE GESTATION.

La femme enceinte est modifiée dans tout son organisme, et pendant que l'utérus se développe, on voit se manifester des changements de toute nature, dont les uns sont purement physiologiques et compatibles avec une santé excellente, tandis que les autres font partie du domaine de la pathologie.

Dès que la conception a lieu, les règles se suppriment, les seins se gonflent, leur auréole brunit, le visage se recouvre quelquefois de taches pigmentaires, le sang s'altère, les globules rouges diminuent, les globules blancs augmentent, la fibrine surtout subit une modification semblable. Le chiffre de ses éléments s'élève. Un bruit de souffle apparaît à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou accusant une chlorose très-prononcée. Ce n'est pas tout, l'appétit devient bizarre, des vomissements se déclarent, la glande hépatique se charge de graisse, le cœur s'hypertrophie, les urines contiennent des quantités notables de phosphate calcaire, les os du crâne, du bassin, et les os longs, se recouvrent d'ostéophytes, le système nerveux et l'intelligence s'exaltent ou se dépriment et présentent des caractères d'une étrange perversion.

Si, pour un nombre restreint de femmes enceintes la grossesse semble donner à toutes les fonctions jusqu'alors languissantes ou mal équilibrées, une activité bienfaisante et une harmonie réciproque, dans la très-grande majorité des cas, l'état de gestation provoque des indispositions et même des affections sérieuses. Entre ces deux ordres de phénomènes, on peut observer une foule d'états intermédiaires. Nous pouvons d'ailleurs suivre une grada-

ion insensible en étudiant le point de départ de chacune des affections de la femme grosse.

ALTÉRATIONS DU SANG.

A une époque encore peu éloignée de nous, on pratiquait de fréquentes saignées pour diminuer les sensations de plénitude, les bouffées de chaleur, que les malades et les médecins attribuaient à une richesse marquée du liquide nourricier, ou tout au moins à une augmentation de la masse du sang devenu plus aqueux : deux états distincts qu'on baptisait du nom de vraie ou de fausse pléthore et que l'on combattait par les mêmes moyens énergiques. Le soulagement momentané qui en résultait donnait créance à cette opinion qui a été partagée par tous les auteurs des anciens traités d'obstétrique. Cette doctrine brillait dans tout son éclat au moment où les analyses chimiques vinrent en démontrer les funestes effets en même temps que les assises erronées. C'est à MM. Andral et Gavarret (1) que revient l'honneur d'avoir fait connaître les changements survenus dans le sang des femmes enceintes.

Et d'abord les globules rouges du sang diminuent à mesure que la grossesse se développe. A de très-rares exceptions près, la diminution semble progressive. Becquerel et Rodier (2) ont pleinement confirmé les résultats des précédents observateurs. Sur 34 saignées, MM. Andral et Gavarret n'ont rencontré qu'une seule femme, arrivée à la fin du deuxième mois de sa grossesse, dont les globules se sont élevés au-dessus de la moyenne physiologique, savoir au chiffre 145 ; chez une seule, enceinte d'un à deux mois, le sang présenta juste, en globules, sa moyenne

(1) Andral et Gavarret, *Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang dans les maladies*. Paris, 1842.

(2) Becquerel et Rodier, *Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et de maladie*. 1844.

physiologique, 128; mais dans 32 autres, les globules restèrent au-dessous de cette moyenne, variant de 95 à 125. Les résultats de MM. Becquerel et Rodier oscillent entre 87 à 111.

M. Jules Regnauld a publié dans sa thèse remarquable de 1847, vingt-cinq analyses du sang faites avec le plus grand soin sur des femmes enceintes arrivées à une période différente de leur grossesse, et il a trouvé que, pendant les quatre premiers mois de la gestation, le chiffre des globules rouges n'est pas sensiblement modifié, mais qu'il devient, au contraire, très-important dans la deuxième moitié et à la fin de la grossesse, époques auxquelles les variations flottent entre 90 et 120.

NUMÉROS.	ÉPOQUES DE LA GROSSESSE.	AGE.	FIBRIN	ALBUMINE.	GLOBULES.	PRINCIPES FIXES DU SÉRUM MOINS L'ALBUMINE.	EAU ET PRINCIPES VOLATILS.
1	2e mois	10	2,60	70,50	125,35	11,75	789,80
2	Fin du 2e mois	21	2,80	70,18	126,40	9,30	791,32
3	3 mois	32	2,70	67,30	122,60	10,20	797,20
4	3 mois	27	1,98	70,25	126,22	8,65	792,60
5	3 mois 1/2	18	2,90	68,09	116,91	11,40	800,70
6	4 mois	39	2,40	69,35	127,18	10,50	790,57
7	4 mois	31	2,43	69,40	123,90	8,75	795,52
8	6 mois 1/2	29	2,80	68,85	99,76	10,50	818,09
9	7 mois	27	3,25	69,20	120,40	7,90	799,25
10	7 mois	35	2,79	68,30	107,92	9,75	811,24
11	7 mois	22	3,20	68,66	118,40	10,20	799,54
12	7 mois 1/2	23	4,16	69,18	99,41	8,43	818,82
13	Fin du 7e mois	19	3,30	69,07	112,50	9,65	805,48
14	Fin du 7e mois	25	2,78	65,43	100,77	10,20	820,82
15	Commencement du 8e mois.	29	3,31	66,18	115,44	9,43	805,62
16	Commencement du 8e mois.	38	3,74	64,92	99,36	11,20	820,78
17	Commencement du 8e mois.	20	4,16	67,20	103,40	9,50	815,74
18	8 mois 1/2	22	4,47	66,82	95,60	10,95	822,16
19	9 mois	25	3,70	68,25	108,90	9,85	809,30
20	9 mois	24	4,89	65,47	91,40	10,75	827,49
21	9 mois	33	4,42	66,38	115,25	9,24	804,71
22	9 mois	27	3,69	64,45	90,20	10,40	831,26
23	9 mois	25	4,39	65,80	94,90	11,65	823,36
24	9 mois	28	3,86	68,92	102,80	9,96	814,46
25	9 mois	26	4,28	66,27	99,75	9,80	819,90

Nous verrons plus tard que, au bout de deux à trois jours après l'accouchement, l'équilibre se rétablit, c'est ce que MM. Andral Gavarret et Delafond ont constaté sur les femelles des animaux, entre autres sur les brebis et sur les vaches.

Un caractère non moins remarquable des modifications du sang puerpéral, c'est l'augmentation des globules blancs; la leucocytose est constante. Ce caractère a, par lui-même, une grande importance, car si les fatigues du travail, les déperditions du sang, les sécrétions utérines, peuvent produire l'aglobulie, il ne faut pas oublier que celle-ci disparaît dès que les pertes sont suspendues ou arrêtées définitivement. La chlorose, au contraire, dans ses degrés avancés exige pour guérir l'emploi d'une médication spéciale. A plus forte raison si la grossesse se déclare dans le cours d'une chlorose menstruelle : l'une se greffant sur l'autre, il en résulte, si je puis parler ainsi, une chlorose à la deuxième puissance qui peut devenir une cause nouvelle de désalbuminurie (1) ; si en même temps les reins, comme cela a lieu souvent, présentent des traces de desquamation ou d'inflammation, la chute de l'épithélima laissera le sérum du sang filtrer à travers les tubuli ; il en résulte une albuminurie qui, à son tour, appauvrit le sang et provoque des transsudations dans le tissu cellulaire et les séreuses.

Pendant les six premiers mois, la fibrine reste normale ou inférieure à son chiffre physiologique. Dans les trois derniers mois et surtout aux approches de la parturition, elle s'élève très-sensiblement (4,3 à 4,28 p. 1000). Le sang ressemble donc, sous ce rapport, à celui des phlegmasies. Comme MM. Becquerel et Rodier, M. Regnauld a constaté

(1) M. Germain Sée, *Leçons à l'hôpital Beaujon*, 1864.

de l'inflammation ou quelques autres maladies des poumons ou quelque maladie du cœur?

6° A-t-elle jamais été affectée d'hydropisie. A-t-elle eu quelque inflammation ou désordre grave des intestins ; quelque maladie du foie ou des reins ou des autres organes urinaires, ou quelque affection du tube digestif?

7° A-t-elle été affectée de goutte ou de rhumatisme? S'il en est ainsi, dans quelle forme? Les attaques ont-elles été fréquentes?

8° A-t-elle jamais été affectée de hernie? S'il en est ainsi, où en était le siége? Est-elle réductible? Est-elle maintenue par un bandage?

9° A-t-elle eu quelques blessures ou contusions sérieuses ou quelques autres accidents causant une infirmité corporelle quelconque?

10° La considérez-vous maintenant comme en parfaite santé?

11° A-t-elle été et est-elle maintenant sobre et tempérante?

12° Est-elle d'habitudes actives ou sédentaires?

13° Ses occupations l'exposent-elles à des maladies?

14° Ses parents ont-ils une bonne santé et ont-ils vécu longtemps ou non?

15° Quelqu'un de ses proches est-il mort de consomption ou de quelque autre maladie héréditaire?

16° Constatez toute autre circonstance importante touchant sa santé ou ses habitudes que les questions précédentes ne comprendraient pas, et qui pourraient avoir de l'influence sur le contrat. Datez ce jour , mois , année . Signature.

Pour montrer combien ces demandes sont pressantes et comment chaque série de questions est faite pour en contrôler une autre, il suffit de se reporter à la liste suivante des questions qui sont posées aux particuliers qui connaissent la personne. Voici le bulletin qui doit être rempli et qui doit accompagner la demande d'une assurance sur la vie.

Dites si vous connaissez la personne qui se propose d'assurer sa vie et depuis combien de temps? Avez-vous jamais su ou entendu dire qu'elle fût malade et, s'il en est ainsi, notez l'espace de la maladie et la nature des douleurs. Dites si maintenant elle est à votre connaissance et dans votre opinion en parfaite santé. Ses habitudes et sa manière de vivre sont-elles sobres et régulières? (Ayez la bonté de diriger votre attention particulière sur cette question.)

Son apparence extérieure indique-t-elle la santé et une bonne constitution? A-t-elle quelque difformité apparente, et laquelle? Quand l'avez-vous vue pour la dernière fois? Est-elle maigre ou de moyen embonpoint? Faible ou vigoureuse? A-t-elle un teint pâle, brun ou rosé? Est-elle mariée ou célibataire? A-t-elle eu des frères ou des sœurs? S il en est ainsi, combien? Nombre de ceux qui vivent encore? Age auquel les autres sont morts, et cause de leur mort. Dites si les parents vivent encore, et sinon, l'âge auquel ils sont morts et les causes de leur décès? Communiquez tous les détails que vous pourrez vous procurer sur la santé et la longévité des personnes de sa famille. Dites aussi si quelqu'une d'elles est morte de consomption, ou est sujette à des attaques de nerfs ou à des dérangements d'esprit? Les personnes auxquelles on s'est adressé touchant la vie de l'assuré, sont-elles dignes de crédit? Le médecin auquel on en a référé est-il le médecin habituel de la personne? Considérez-vous sous tous les rapports la vie en question comme saine et propre à être assurée par la Compagnie aux conditions ordinaires, et la recommanderez-vous comme telle aux directeurs? Dites si cette personne a cherché à s'assurer auprès d'une autre Compagnie et si, dans ce cas, l'assurance a été acceptée ou refusée. Si l'assurance est proposée par une personne sur la vie d'une autre; cherchez à savoir et indiquez dans quel but elle est faite.

[A ces modèles, cités par M. Taylor, je crois utile de joindre les programmes de questions employés tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne et en Espagne. La comparaison peut n'être pas sans intérêt.

COMPAGNIE D'ASSURANCES GÉNÉRALES SUR LA VIE (PARIS).

Monsieur le docteur, je propose à la *Compagnie d'assurances générales sur la vie* une affaire pour laquelle il est indispensable que vous fassiez connaître votre opinion sur l'état habituel et actuel de ma santé.

Je viens, en conséquence, vous prier de vouloir bien remplir le certificat, d'autre part.

Comme je désire que vous ne soyez retenu par aucun scrupule dans l'expression exacte et consciencieuse de votre pensée, veuillez adresser votre certificat directement à M. , représentant de la Compagnie à ; je n'en aurai aucune connaissance, que ma proposition soit acceptée ou refusée, pour un motif ou pour un autre.

Certificat délivré par le médecin de l'assuré. — M. le docteur est prié de vouloir bien répondre aux questions suivantes :

1° Depuis quand connaissez-vous M. (Nom et prénoms)?

2° Lui avez-vous donné des soins? A quelle époque?

3° Quelles maladies a-t-il eues, à votre connaissance?

4° Quelles sont sa constitution et sa santé habituelle?

5° Est-il sujet à des maladies, indispositions ou infirmités habituelles?

6° A-t-il une hernie, est-elle bien contenue?

7° Existe-t-il, à votre connaissance, dans sa famille des maladies héréditaires?

8° A-t-il encore ses père et mère? S'il ne les a plus, à quel âge sont-ils morts et de quelle maladie?

9° Si c'est une femme, est-elle enceinte? A-t-elle eu des enfants, ses couches ont-elles été heureuses?

10° Quelles sont ses habitudes de régime et de vie?

11° Pensez-vous que l'on puisse, sans crainte, placer des capitaux sur sa tête?

Je, soussigné, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

Certificat délivré par le médecin de l'agence de... — M. (Nom et prénoms) propose à la Compagnie d'assurer sur sa tête, en cas de décès, un capital de fr.

Par cette combinaison, la Compagnie devant payer, le jour de la mort du proposant, le capital garanti moyennant une prime annuelle insignifiante, eu égard à l'importance de ce capital, il est indispensable que l'assuré se trouve dans d'excellentes conditions de santé.

Afin de faire constater son identité, le médecin est invité à faire signer l'assuré ci-dessous: cette formalité devra être remplie avant l'examen. *Signature de l'assuré.*

(La Compagnie générale laisse son propre médecin libre de formuler son certificat comme il l'entend, sans lui poser aucune question spéciale.)

La personne à assurer devra répondre aux questions suivantes :

1° Avez-vous été vacciné?

2° Êtes-vous maintenant en bonne santé? S'il s'agit d'une femme, elle devra déclarer si elle est enceinte.

3° Avez-vous une hernie ou quelque autre infirmité?

4° Avez-vous eu à votre connaissance quelques maladies réputées graves? Quelles ont été ces maladies?

5° Quel est votre médecin habituel? Où demeure-t-il?

6° Existe-t-il dans votre famille quelques maladies héréditaires?

7° Êtes-vous déjà assuré en cas de décès? A quelle Compagnie? Pour quelle somme? Depuis quand?

8° Une assurance sur votre vie a-t-elle été refusée par quelques Compagnies, et à quelle époque? Quelles sont ces Compagnies?

Je, soussigné, après avoir lu attentivement mes réponses aux questions susénoncées, déclare qu'elles sont conformes à la vérité, et n'avoir rien caché qui puisse induire la Compagnie en erreur sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance proposée sur ma vie.

La présente proposition, de même que mes déclarations, devant servir de base au contrat à intervenir, j'accepte sans hésitation les conséquence de l'article 2 des conditions générales des polices, ainsi conçu :

« La déclaration constatant l'âge de l'assuré, le lieu de sa résidence, sa profession, l'état habituel de sa santé, sert de base au présent contrat; toute réticence, toute fausse déclaration de la part, soit du contractant, soit du tiers assuré, qui diminuerait l'opinion du risque ou en changerait le sujet, annule l'assurance. »

Signature de la personne à assurer.

CAISSE PATERNELLE (PARIS).

Rapport confidentiel de l'agent de la Compagnie à joindre aux propositions d'assurance.

Quels sont les nom, prénoms et domicile de la personne sur la tête de laquelle l'assurance repose?

Quelle est sa profession actuelle? En a-t-il exercé une autre? Laquelle?

Ses père et mère sont-ils vivants? Quel âge ont-ils? S'ils n'existent plus, à quel âge sont-ils morts? Par suite de quelle maladie?

Les membres de la famille de M. sont-ils sujets à quelques maladies organiques, à la phthisie, aux écrouelles, à l'aliénation? etc.

M. est-il sobre? Quelles sont ses habitudes hygiéniques? Est-il habituellement en bonne santé?

Est-il célibataire, marié ou veuf? A-t-il des enfants? (Si c'est une femme, combien a-t-elle eu d'enfants?)

Quels sont les motifs de l'assurance?

Est-il déjà assuré par une autre Compagnie? A-t-il fait des propositions d'assurance qui aient été repoussées, et pour quels motifs?

Quels sont la moralité et le crédit du proposant et de la personne à assurer?

Si l'assurance est faite par un tiers, quel est son nom, sa profession, son domicile? Quel est l'intérêt qui le porte à faire une assurance sur la vie de M.?

Je, soussigné, agent de la *Caisse Paternelle*, certifie les réponses

ci-dessus sincères et véritables. — Nota. Ces résultats sont entièrement confidentiels.

Certificat du médecin de l'assuré. — M. le docteur est prié de vouloir bien répondre aux questions suivantes :

1° Depuis quand connaissez-vous M.?

2° Lui avez-vous donné des soins comme médecin? à quelle époque? pour quelle maladie?

3° A-t-il été attaqué, à quelque époque, de démence, de goutte, d'épilepsie, de paralysie, de rétention d'urine, enfin de quelque maladie ou infirmité grave?

4° A-t-il fréquemment de la toux, des crachements de sang? A-t-il des oppressions et palpitations de cœur?

5° A-t-il une hernie? depuis quand? est-elle facilement comprimée?

6° N'a t-il aucun vice de constitution? S'il en existe, pensez-vous que ce soit le résultat d'un accident?

7° A-t-il l'habitude de se faire saigner périodiquement? Se sert-il habituellement de moyens particuliers pour se conserver en santé?

8° Est-il sobre et tempérant?

9° A-t-il des habitudes actives ou sédentaires?

10° Jouit-il habituellement d'une bonne santé?

11° Le croyez-vous disposé à quelque maladie de nature à abréger sa vie? (*N. B.* S'il est question d'une femme, il faudra faire connaître si elle a eu des enfants, si ses couches ont été heureuses, si elle a nourri et si elle est enceinte.)

12° Enfin, pouvez-vous certifier que M. est pourvu d'une constitution saine, et que l'on puisse, sans crainte, placer des capitaux sur sa tête?

Je, soussigné, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

PERSONNE VISITÉE :

Nom :

Prénoms :

Profession :

Domicile :

Signature de la personne visitée :

Certificat du médecin de la Compagnie. — Je, soussigné, docteur en médecine (1),

Fait à le 185

(1) Le médecin de la Compagnie constatera l'état de santé de la per-

CAISSE GÉNÉRALE DES FAMILLES (PARIS).

Renseignements confidentiels à annexer aux propositions d'assurances en cas de décès et mixtes. — Nom et prénoms de l'assuré, domicile,

Questions adressées par la Compagnie :

1° Depuis quand connaissez-vous M.?

2° Quels sont les motifs qui portent M. à souscrire une assurance ? L'engagement qu'il désire contracter, est-il en rapport avec sa position de fortune ?

3° Quelle est la constitution physique de l'assuré ? Quelle est son apparence extérieure? (Indiquer s'il existe des difformités apparentes et, quand il s'agit d'une femme, si elle est enceinte.)

4° M. est-il marié? Combien a-t-il d'enfants ? sont-ils bien portants?

5° Quelles sont la profession et les habitudes de M.? mène-t-il une vie sédentaire ou active? (Dire si le genre d'existence de l'assuré est en harmonie avec sa constitution, et s'il n'y a pas à craindre des préoccupations ou des excès qui puissent abréger ses jours.)

6° Des cas de mort prématurée se sont-ils produits dans la famille de l'assuré? et par quelles affections ont-ils été causés?

7° Enfin croyez-vous, en conscience, que l'assurance proposée par M. soit bonne et acceptable?

Je, soussigné, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

L'agent général,

Rapport du médecin. — Monsieur le docteur, j'ai l'honneur de vous prier d'examiner l'état de la santé et de la constitution de sur la tête de qui une assurance en cas de mort est proposée à la *Caisse générale des familles.*

Veuillez bien, monsieur, apporter autant de soin que d'impartialité à cet examen, dont les résultats serviront de base à la décision du conseil médical de la Compagnie.

Votre rapport se composera de deux parties distinctes : la première vous sera commune avec la personne sur laquelle portera

sonne présentée et s'assurera qu'elle a la poitrine en bon état et qu'elle n'est pas atteinte de goutte, épilepsie, paralysie, rétention d'urine, crachement de sang, palpitations de cœur, hernie et autres, qui pourraient compromettre sa longévité.

votre examen ; vous voudrez bien la lui faire signer ; la seconde ne devra pas être connue de cette personne, et sera toute confidentielle de vous au conseil médical de la Compagnie.

Les deux cadres qui suivent, vous indiquent les points sur lesquels la Compagnie a principalement besoin d'être fixée par des réponses très-nettes et très-précises.

Je dois vous faire observer, au sujet de la dernière question que vous aurez à résoudre dans la *partie confidentielle* de votre rapport, que la Compagnie classe les personnes qui se présentent à l'examen du médecin dans trois catégories distinctes :

La première catégorie comprend celles dont la santé et la constitution sont parfaites ;

La deuxième catégorie comprend celles dont la santé et la constitution présentent des risques qui exigent, comme compensation, que la prime soit augmentée ;

Et la troisième catégorie comprend celles que leur santé et les risques courus par leur constitution ne permettent d'assurer à aucun prix.

Je vous prie de vouloir bien adresser *directement et sans intermédiaire, par la voie de la poste, à la Compagnie à Paris*, les deux parties de votre rapport, aussitôt qu'elles seront complètes.

Recevez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Nom	Demeure
Prénoms	Date de naissance
Profession	Lieu de naissance

Déclarations de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée :

1° Nom, prénoms, profession, demeure, lieu et date de naissance.

2° Vos père et mère vivent-ils ? Quel âge ont-ils ? S'ils n'existent plus, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts ?

3° Avez-vous des frères ou des sœurs ? Quel est leur nombre et leur âge ? Que savez-vous de leur état de santé ? Combien vivent ? Combien sont morts ? De quelle maladie ? A quel âge ?

4° Êtes-vous déjà assuré ? Pour quelle somme ? A quelle Compagnie ?

5° Une ou plusieurs Compagnies d'assurances sur la vie ont-elles refusé des propositions reposant sur votre tête ? A quelles époques ? Quelles sont ces Compagnies ?

6° Jouissez-vous d'une santé habituellement bonne ? Avez-vous quelques infirmités apparentes ou d'autres qui ne le sont pas ?

7° Avez-vous été attaqué, et à quelle époque, de maladies du cerveau ou de la moelle épinière, de goutte, de maladies des organes

génitaux et urinaires? Enfin, avez-vous eu quelque maladie assez grave pour nécessiter les soins d'un médecin ou d'un chirurgien? Quelles sont ces maladies? La guérison a-t-elle été chaque fois complète?

8° Des précautions particulières vous sont-elles utiles à certaines époques périodiques, telles que l'usage de purgatifs ou d'évacuations sanguines? Ces dernières (c'est-à-dire des saignées, des applications de sangsues ou de ventouses) ont-elles été pratiquées? Combien de fois? Pour quelle cause?

9° Avez-vous jamais été atteint de toux habituelle ou de crachements de sang?

10° Avez-vous habité les pays chauds? A quelle époque et pendant combien de temps? Comment vous y êtes-vous porté?

11° Enfin, déclarez-vous ne rien cacher de ce qui pourrait influencer la Compagnie sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance proposée sur votre tête?

12° Question spéciale adressée aux femmes : Avez-vous eu des enfants? Combien? Quelle a été la nature des accouchements?

Je, soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, et, connaissance prise des conditions générales du contrat proposé sur ma tête, desquelles il résulte notamment : que la déclaration constatant l'âge de l'assuré, le lieu de sa résidence, sa profession et l'état habituel de sa santé, sert de base audit contrat, et que toute réticence, toute fausse déclaration de la part, soit du contractant, soit du tiers assuré, qui diminuerait l'opinion du risque ou en changerait le sujet, annule ledit contrat, je déclare adhérer expressément auxdites conditions.

(Signature de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée; si c'est une femme mariée, son mari devra aussi signer pour l'autoriser.)

Bon pour certification.

Signature du docteur.

Rapport confidentiel au conseil médical :

1° Avez-vous donné des soins à M.? Avez-vous eu précédemment l'occasion de connaître l'état de sa santé et de sa constitution, la santé et la constitution de ses père et mère, de ses frères et sœurs? Veuillez bien indiquer ce que vous en avez ainsi connu.

2° Que savez-vous des habitudes de M.? Existe-t-il dans son genre de vie et sa profession quelque circonstance de nature à influer sur l'appréciation du risque proposé sur sa tête?

3° Quel âge paraît avoir M.

4° Quelle est son apparence extérieure? sa stature? sa taille? sa

complexion? son embonpoint? sa conformation générale? la forme et le développement de sa poitrine?

5° Quel est l'état des poumons? Quel est l'état du cœur? Les fonctions de ces deux organes (la respiration et la circulation) sont-elles normales, régulières ou laissent-elles à désirer?

6° M. a-t-il une hernie? Cette hernie est-elle réductible ou non réductible en totalité ou en partie? Se maintient-elle facilement réduite? Existe-t-il ou non des hémorrhoïdes?

7° M. est-il menacé de quelque maladie héréditaire ou prédisposé à d'autres maladies, telles, par exemple, que celles des viscères de l'abdomen?

8° S'il s'agit d'une femme, est-elle ou non menstruée? A-t-elle eu ou a-t-elle des maladies spéciales à son sexe?

9° Pouvez-vous, en conséquence, certifier que M. jouit d'une constitution saine et d'un état de santé qui permettent, sans crainte fondée, de placer un capital sur sa vie? L'assurance proposée sur sa tête peut-elle donc être acceptée par la Compagnie?

10° Après l'examen sérieux et consciencieux que vous avez fait, dans laquelle de nos trois catégories classeriez-vous cette personne?

Observations particulières.

Signature du docteur.

GRESHAM LIFE ASSURANCE SOCIETY (LONDRES ET PARIS).

Rapport confidentiel du docteur de la Compagnie sur M.

NOTA. — Avec des détails précis sur les points douteux, le conseil médical pourra souvent accepter des assurances qu'il serait, sans cela, forcé de rejeter.

1° Nom? Age?

2° Occupation ou profession?

3° Etat général de sa santé? Etat actuel de sa santé?

4° Le proposant a-t-il jamais eu quelque accident grave ou maladie maligne?

5° Quand a-t-il gardé le lit en dernier lieu? Pourquoi? Pendant combien de temps?

6° Pour quelles autres maladies a-t-il gardé le lit pendant sa vie? Pendant combien de temps?

7° Quand a-t-il suivi un traitement médical en dernier lieu? Pourquoi? Qui était son médecin?

8° A quelles autres époques a-t-il suivi un traitement médical? Pourquoi? Son médecin?

9° A-t-il jamais subi un traitement par saignée, ventouses, sangsues, salivation ou vésicatoires? Quand? Et pourquoi?

10° L'âge du père et l'état de sa santé? Ou l'âge à sa mort, et de quelle maladie?

11° L'âge de la mère et l'état de sa santé? Ou l'âge à sa mort, et de quelle maladie?

12° Combien de frères vivants et l'état de leur santé? Combien de frères morts, à quel âge et de quoi?

13° Combien de sœurs vivantes et l'état de leur santé? Combien de sœurs mortes, à quel âge et de quoi?

14° Les autres membres de la famille atteignent-ils en général un âge avancé? Y a-t-il eu des oncles, tantes, grands-pères ou grand'-mères morts de phthisie ou de démence?

15° Le proposant souffre-t-il habituellement de maux de tête? A-t-il jamais souffert de *delirium tremens* ou spasmes, ou sa tête présente-t-elle quelque chose de particulier comme forme, calvitie, etc.? A-t-il jamais été paralysé?

16° Est-il sujet à l'asthme? Est-il sujet à une toux habituelle? A-t-il jamais eu des crachements de sang, des palpitations de cœur, des évanouissements, une inflammation des poumons, un rhumatisme articulaire aigu, la goutte? Peut-il courir ou prendre un exercice violent sans trop d'inconvénient?

17° Jouit-il d'un bon appétit et d'une bonne digestion? Les fonctions des intestins sont-elles régulières? Constipé ou relâché? A-t-il souffert d'une maladie du foie ou des autres viscères abdominaux? A-t-il souffert d'hémorrhoïdes, fistule ou hernie?

18° A-t-il souffert d'hydropisie? (Si c'est un homme) : ses urines s'écoulent-elles librement, en quantité normale, par un bon jet, ou autrement? Les urines offrent-elles souvent des dépôts? A-t-il été affecté de gravelle ou de calcul, ou y a-t-il évidence d'albuminurie?

19° Quelle distance parcourt-il journellement à pied, en moyenne? Quel autre genre d'exercice prend-il?

20° La boisson habituelle est-elle du vin, de la bière ou des liqueurs? Quantité journalière approximative?

21° Le sommeil est-il bon?

22° Si c'est une femme : mariée ou célibataire? A-t-elle eu des enfants? Combien? Est-elle enceinte? Les fonctions utérines sont-elles normales?

Veuillez demander la signature de la personne soumise à votre examen.

Signature du proposant.

Veuillez soumettre le proposant à votre examen.

23° Depuis combien de temps connaissez-vous le proposant? Avez-vous quelque intérêt dans l'assurance?

24° Quelle est l'apparence générale? De santé? Maigre? Fort? La taille et le poids approximatifs, s'ils sont connus?

25° Le teint est-il pâle, coloré ou cyanosé?

26° L'aspect de la langue?

27° Y a-t-il quelque observation à faire sur le cou, sur sa conformation, sur des marques de scrofules, etc.?

28° Forme générale de la poitrine : étroite ou musclée?

29° Dilatation?

30° Respiration?

31° Auscultation?

32° Percussion?

33° Rhythme du cœur, bruit, pulsation?

34° Pouls, fréquence, caractère?

35° Le proposant est-il actif ou mou, excitable ou apathique, nerveux, gai ou inquiet?

36° Les facultés mentales paraissent-elles saines?

Opinion générale de la vie.

Signature du docteur.

LE MONDE (PARIS).

Déclarations confidentielles de l'agent.

1° Nom et prénoms, profession et demeure exactes de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée?

2° Connaissez-vous cette personne? Depuis combien de temps? Est-elle mariée? Combien a-t-elle d'enfants? Vit-elle en famille?

3° L'avez-vous vue elle-même au sujet de cette assurance? Est-ce en votre présence qu'elle a signé la proposition? Vous êtes vous suffisamment assuré de son identité?

4° Quelle est son apparence extérieure, robuste ou délicate? Est-elle maigre ou grasse? Paraît-elle sanguine? Quel âge paraît-elle avoir? A-t-elle des difformités apparentes?

5° Que savez-vous de son état de santé? De l'état de ses facultés mentales, soit dans le passé, soit quant au présent? Pouvez-vous affirmer en toute sincérité qu'elle est sous ces deux rapports dans un état parfaitement satisfaisant?

6° Quelles sont ses habitudes? Sont-elles sédentaires ou actives? Sont-elles en harmonie avec la constitution de l'assuré? N'est-il pas à craindre que des préoccupations ou des excès puissent abréger son existence?

7° Connaissez-vous ses parents? Que savez-vous de leur état de santé, de leur longévité, des maladies dont ils ont pu être atteints,

de l'âge auquel ils sont morts? Quelques-uns d'entre eux auraient-ils succombé à des maladies du poumon ou du cœur, ou auraient-ils été atteints d'asthme, de convulsions ou d'aliénation mentale?

8° Quel est le *motif vrai* pour lequel cette opération a été proposée? Cette assurance est-elle en rapport avec la position de fortune du contractant? Pensez-vous qu'elle ne couvre aucune pensée de spéculation?

9° Pouvez-vous certifier que la personne désignée ci-dessus soit bien la même que celle qui s'est présentée au médecin délégué de la Compagnie?

10° Pouvez-vous certifier aussi en toute conscience, que M. est dans d'excellentes conditions pour être assuré par la Compagnie? Pouvez-vous le recommander comme tel à l'administration?

11° Si le souscripteur est une autre personne que l'assuré : Connaissez-vous la personne qui propose l'assurance? Est-elle parfaitement honorable?

Résumé et observations particulières.

L'agent général.

Service médical. — Monsieur le docteur, une assurance de la somme de payable au décès de M. étant proposée à la Compagnie *le Monde* et ne pouvant être acceptée que sur l'avis du comité médical, je viens vous prier de vouloir bien, après examen, faire connaître à l'administration *votre opinion motivée sur la santé et la constitution de cette personne.*

Ci-après se trouvent deux formules disposées selon l'exigence des règlements administratifs de la Compagnie.

L'une d'elles est destinée à recevoir les déclarations qui devront vous être faites par la personne examinée, en réponse aux questions indiquées par l'administration. Aucune de ces questions ne doit être omise; vous pouvez même y ajouter toutes celles qui vous paraîtront utiles pour éclairer complétement votre opinion. *Après avoir fait remplir par l'assuré ou, à défaut, après avoir rempli vous-même* cette première partie du document, vous voudrez bien faire certifier l'exactitude des déclarations qu'elle contiendra par la personne de qui elles sont émanées.

Au moyen de la seconde formule, qui doit être remplie de votre main, vous ferez connaître à l'administration l'opinion que vous vous serez formée de l'état sanitaire et constitutionnel de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée, *d'après l'examen auquel vous aurez procédé.*

Veuillez bien me permettre d'appeler votre attention sur les observations suivantes :

1° Des deux parties dont se compose le document pour lequel la Compagnie a recours à vos lumières et à vos bons soins, la dernière est destinée à rester *tout à fait confidentielle*, de vous à la Compagnie ; son contenu ne pourra donc être communiqué ni à la personne examinée, ni à aucune autre personne étrangère à l'administration.

2° Pour assurer ce caractère confidentiel au document dont il s'agit, et aussi en raison de ce qu'il est impossible de laisser en suspens des propositions d'assurances payables au décès, vous voudrez bien adresser directement, *sans aucun intermédiaire, quel qu'il soit, et par la voie de la poste, à M. le directeur de la Compagnie* le Monde, à Paris, la pièce complète, c'est-à-dire les déclarations de la personne à assurer et votre rapport, le jour même de l'examen ou le lendemain au plus tard.

Je vous prie, monsieur, d'agréer l'assurance de ma parfaite considération.

Désignation de la personne à examiner :

Nom :	Demeure :
Prénoms :	Date de la naissance :
Profession :	Lieu de naissance :

Déclarations de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée.

1° Nom, prénoms, profession, demeure et date de naissance?

2° Vos père et mère vivent-ils? Quel âge ont-ils? S'ils n'existent plus, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts?

3° Avez-vous des frères ou des sœurs? Quel est leur nombre? Quel est l'âge de chacun d'eux? Que savez-vous de leur état de santé? Combien vivent? Combien sont morts? De quelle maladie? A quel âge?

4° Etes-vous déjà assuré? Pour quelle somme? Depuis quelles époques? A quelles Compagnies?

5° Une ou plusieurs Compagnies d'assurances sur la vie ont-elles refusé des propositions reposant sur votre tête? A quelles époques? Pour quelles causes? Quelles sont ces Compagnies?

6° Jouissez-vous d'une santé habituellement bonne? Avez-vous quelques infirmités apparentes ou d'autres qui ne le sont pas?

7° Existe-t-il dans votre famille quelque maladie héréditaire?

8° Quel est votre médecin habituel?

9° Avez-vous été attaqué, et à quelle époque, de maladie du cerveau ou de la moelle épinière, de goutte, de maladie des organes génitaux et urinaires? Enfin, avez-vous eu quelques maladies assez graves pour nécessiter les soins d'un médecin ou d'un chirurgien? Quelles sont ces maladies? Quels sont les médecins ou les chirur-

giens qui vous ont soigné ? La guérison a-t-elle été chaque fois complète ?

10° Des précautions particulières vous sont-elles utiles à certaines époques périodiques, telles que l'usage de purgatifs ou d'évacuations sanguines ? Ces dernières (c'est-à-dire des saignées, des applications de sangsues ou de ventouses) ont-elles été pratiquées ? Combien de fois ? Pour quelles causes ?

11° Avez-vous jamais été atteint de toux habituelle ou de crachement de sang ?

12° Avez-vous habité les pays chauds ? A quelle époque et pendant combien de temps ? Comment vous y êtes-vous porté ?

13° Enfin déclarez-vous ne rien cacher de ce qui pourrait influencer la Compagnie sur la décision qu'elle doit prendre à l'égard de l'assurance proposée sur votre tête ?

Questions spéciales adressées aux femmes.

14° Avez-vous eu des enfants ? Combien ? Quelle a été la nature des accouchements ? N'ont-ils entraîné aucune maladie particulière à votre sexe ? Avez-vous eu des accouchements prématurés ? Combien ? A quelles époques de la grossesse ?

Je, soussigné, certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et, connaissance prise des conditions générales du contrat proposé sur ma tête, desquelles il résulte notamment : « Que la déclaration constatant l'âge de l'assuré, le lieu de sa résidence, sa profession et l'état habituel de sa santé, sert de base audit contrat, et que toute réticence, toute fausse déclaration de la part, soit du contractant, soit du tiers assuré, qui diminuerait l'opinion du risque ou en changerait le sujet, annulle ledit contrat, » je déclare adhérer expressément auxdites conditions.

Signature de la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée. (Si c'est une femme mariée, son mari devra aussi signer pour l'autoriser.)

Bon pour certification :

Signature du docteur.

Certificat confidentiel délivré par le médecin délégué.

Désignation de la personne examinée (1) :

Nom :	Demeure :
Prénoms :	Date de la naissance :
Profession :	Lieu de naissance :

1° Avez-vous eu précédemment l'occasion de connaître les habi-

(1) Les détails demandés sont tous nécessaires pour établir l'identité de la personne.

tudes, sobres ou non, le genre de vie régulier ou non, l'état de santé habituel et la constitution de M., la santé et la constitution de ses père et mère, de ses frères et sœurs? Veuillez bien indiquer ce que vous avez ainsi connu.

2° Quel âge paraît avoir M.?

3° Quelle est son apparence extérieure? Son teint? Sa stature? Sa taille? Sa complexion? Son embonpoint?

4° Quels sont la forme et le développement de la poitrine? Quel est l'état des poumons? Quel est l'état du cœur? Les fonctions de ces organes (la respiration et la circulation) sont-elles normales, régulières ou laissent-elles à désirer?

5° M. a-t-il une hernie? Cette hernie est-elle réductible ou non réductible, en totalité ou en partie? Se maintient-elle facilement réduite?

6° M. est-il exposé à quelque maladie héréditaire ou prédisposé à d'autres maladies, telles, par exemple, que celles des viscères de l'abdomen, ou à des infirmités?

7° Pouvez-vous, en conséquence, certifier que M. jouit d'une constitution saine et d'un état de santé qui permettent, sans crainte fondée, de placer un capital sur sa vie? L'assurance proposée sur sa tête peut-elle donc être acceptée par la Compagnie?

Observations particulières (1).

Signature du docteur.

LE PHÉNIX ESPAGNOL (MADRID ET PARIS).

Rapport confidentiel à joindre aux propositions d'assurance en cas de mort.

Quels sont les nom, prénoms et domicile de la personne sur la tête de laquelle l'assurance repose?

Quelle est sa profession actuelle? En a-t-elle exercé une autre? Laquelle?

Ses père et mère sont-ils vivants? Quel âge ont-ils? S'ils n'existent plus, à quel âge sont-ils morts? Par suite de quelle maladie?

Les membres de la famille de M. sont-ils sujets à quelques maladies organiques, à la phthisie, aux écrouelles, à l'aliénation, etc.?

M. est-il sobre? Quelles sont ses habitudes hygiéniques? Est-il habituellement en bonne santé?

Est-il célibataire, marié ou veuf? A-t-il des enfants? (Si c'est une femme, combien a-t-elle eu d'enfants?)

(1) Le docteur doit, selon les circonstances, ou consigner ici les observations qui peuvent éclairer l'administration sur l'appréciation du risque, ou déclarer qu'il n'a pas d'observations particulières à faire.

Quels sont les motifs de l'assurance?

Est-il déjà assuré par une autre Compagnie? A-t-il fait des propositions d'assurance qui aient été refusées, et pour quels motifs?

Quels sont la moralité et le crédit du proposant et de la personne à assurer?

Si l'assurance est faite par un tiers, quel est son nom, sa profession, son domicile? Quel est l'intérêt qui le porte à faire une assurance sur la vie de M.

Je, soussigné, agent du *Phénix espagnol*, certifie les réponses ci-dessus sincères et véritables.

Nota. Ces renseignements sont entièrement confidentiels.

Certificat du médecin de l'assuré. — M. le docteur est prié de vouloir bien répondre aux questions suivantes :

1° Depuis quand connaissez-vous M.?

2° Lui avez-vous donné des soins comme médecin? à quelle époque? pour quelle maladie?

3° A-t-il été attaqué, à quelque époque, de démence, de goutte, d'épilepsie, de paralysie, de rétention d'urine, enfin de quelque maladie ou infirmité grave?

4° A-t-il fréquemment de la toux, des crachements de sang? A-t-il des oppressions et palpitations de cœur?

5° A-t-il une hernie? depuis quand? est-elle facilement comprimée?

6° N'a-t-il aucun vice de constitution? S'il en existe, pensez-vous que ce soit le résultat d'un accident?

7° A-t-il l'habitude de se faire saigner périodiquement? Se sert-il habituellement de moyens particuliers pour se conserver en santé?

8° Est-il sobre et tempérant?

9° A-t-il des habitudes actives ou sédentaires?

10° Jouit-il habituellement d'une bonne santé?

11° Le croyez-vous prédisposé à quelque maladie de nature à abréger sa vie? (*N. B.* S'il est question d'une femme, il faudra faire connaître si elle a eu des enfants, si ses couches ont été heureuses, si elle a nourri et si elle est enceinte.)

12° Enfin, pouvez-vous certifier que M. est pourvu d'une constitution saine, et que l'on puisse, sans crainte, placer des capitaux sur sa tête?

Je, soussigné, certifie sincères et véritables les réponses ci-dessus.

Rapport confidentiel du médecin de la Compagnie sur M., âgé de , exerçant la profession de .

Antécédents de famille. — Quel est l'âge du père et l'état de sa santé? A quel âge et de quelle maladie est-il mort? Quel est l'âge de la mère et l'état de sa santé? A quel âge et de quelle maladie

est-elle morte? Le proposant a-t-il des frères et des sœurs, et quel est l'état de leur santé? A-t-il des frères et sœurs morts? A quel âge et de quelle maladie? Les autres membres de la famille sont-ils arrivés en général à un âge avancé?

Antécédents personnels. — Le proposant est-il vacciné? A-t-il eu les maladies de l'enfance? A-t-il eu ou a-t-il encore des scrofules? S'il en a, dans quelle partie du corps? A-t-il eu quelque accident ou blessure grave qui ait pu occasionner par la suite des conséquences nuisibles à sa santé? Quelles sont les autres maladies dont il ait souffert pendant sa vie? S'est-il produit dans leur durée, leur caractère ou leur traitement, quelque circonstance qui ait pu sûrement exercer de l'influence sur l'état actuel?

État actuel. — Quel est le genre de vie du proposant? Y a-t-il dans sa profession des circonstances de nature à augmenter considérablement les risques? Quelles sont ses habitudes par rapport à l'hygiène et au régime alimentaire? Quel tempérament a-t-il? Pour l'apparence générale, est-il gros? quelle est sa taille, la conformation de son cou? A-t-il quelque difformité apparente? A-t-il un vice de conformation dans la colonne vertébrale, dans le thorax ou dans ses membres? A-t-il quelque déviation des organes du thorax ou de l'abdomen? A-t-il une hernie réductible ou non réductible?

Système nerveux et organes des sens. — A-t-il quelque particularité relativement à ces organes, à ses facultés intellectuelles, à sa mémoire? A-t-il eu quelque atteinte de paralysie d'un côté de la figure, ou des membres ou des viscères? Y a-t-il quelque névrose dont les symptômes soient graves?

Appareil respiratoire. — Existe-t-il trace de quelque affection antérieure dans cet appareil, et de quelle nature? Existe-t-il quelque disposition morbide?

Appareil circulatoire. — Existe-t-il trace de quelque affection antérieure du cœur, du péricarde ou des gros vaisseaux, et de quelle nature? Quel est l'état actuel?

Appareil digestif. — Existe-t-il trace de quelque affection antérieure dans les organes digestifs, dans le foie ou dans le reste des viscères de l'abdomen? Quel est l'état actuel?

Organes génitaux urinaires. — Existe-t-il trace de quelque affection antérieure dans ces organes? A-t-il eu l'albuminurie, le diabète, la pierre? Quel est l'état actuel?

Maladies diverses. — A-t-il souffert d'une hydropisie générale ou partielle? A-t-il eu des attaques de goutte? A-t-il eu des attaques de rhumatisme? A-t-il des varices, des hémorrhoïdes? A-t-il quelque tumeur appréciable à la vue ou au toucher? Dans quel endroit?

S'il s'agit d'une femme. — A-t-elle eu beaucoup d'enfants? Ses

accouchements ont-ils été faciles ou laborieux? Les fonctions utérines sont-elles régulières?

Résumé. — Le proposant se trouve-t-il dans des conditions de santé telles, que, selon la table suivante de probabilité, il doive atteindre ou passer le terme moyen de la vie des personnes de son âge?

Table de probabilités de la vie :

Les personnes des âges suivants :	Peuvent vivre encore, comme terme moyen :
25 ans	37 ans.
30	34
35	31
40	27
45	24
50	20
55	17
60	14
65	11

En formant avec les personnes qui réunissent ces probabilités deux catégories, l'une très-bonne, l'autre médiocre, le placeriez-vous dans la première ou dans la seconde?

Je, soussigné, médecin de la Compagnie, certifie que les déclarations qui précèdent sont sincères et véritables.

LA PROVIDENTIA (FRANCFORT-SUR-LE-MEIN).

Proposition d'une assurance sur la vie. — Cette déclaration doit être faite et signée par la personne sur la tête de laquelle l'assurance est proposée.

Messieurs les agents sont tenus à la discrétion la plus absolue.

Les proposants sont priés de répondre aux questions d'une manière claire, précise et complète.

On ne peut admettre comme réponse les références au certificat du médecin.

On est prié de joindre l'acte de naissance ou de baptême de la personne à assurer.

Nom, prénoms et profession de la personne à assurer. Sa demeure présente. Depuis quand y habite-t-elle? (*N. B.* Si les noms donnés ne s'accordent pas entièrement avec ceux portés dans l'acte de naissance, il faut expliquer la cause de cette différence.)

Quelle est la somme à assurer? L'assurance est-elle proposée pour la vie entière ou pour un nombre limité d'années, et d'après quelle

table des tarifs de la Compagnie? La prime sera-t-elle payée par année ou par semestre? Par qui sera-t-elle payée?

La police sera-t-elle souscrite au profit du porteur, d'héritiers ou d'une autre personne désignée? Dans ce dernier cas, quelle est cette personne? (Nom et prénoms.) Si l'assurance a lieu au profit d'un tiers, quel intérêt celui-ci a-t-il à l'existence de la personne à assurer? Si cet intérêt consiste dans une créance, quel en est le montant?

Date et lieu de naissance de la personne à assurer ?

Son âge au prochain anniversaire?

La personne à assurer est-elle mariée, et depuis quand? La personne à assurer a-t-elle eu la fièvre scarlatine, la rougeole, la coqueluche et les autres maladies de l'enfance? A-t-elle été vaccinée plusieurs fois?

La personne à assurer a-t-elle été atteinte des maladies suivantes : 1° toux prolongée ou hémoptysie; 2° respiration oppressée ou asthme ; 3° palpitations du cœur ou syncopes ; 4° hydropisie ou autres enflures; 5° goutte, scrofules ou rhumatismes; 6° crampes ou maladies cérébrales; 7° hernie, jaunisse, pâles couleurs ou dysenterie? Et, dans l'affirmative, quand a-t-elle souffert de ces maladies, et pendant combien de temps? Quelles sont les autres maladies (graves ou prolongées) dont elle ait eu à souffrir?

A-t-elle éprouvé des maladies ou des attaques qui aient nécessité des saignées ou d'autres opérations chirurgicales, ou qui puissent faire craindre une mort prématurée? Et, dans l'affirmative, quelles ont été ces maladies et quand ont-elles eu lieu?

Son genre de vie est-il régulier? A-t-elle une vie sédentaire ou active?

Jouit-elle présentement d'une bonne santé et, dans l'affirmative, depuis quand?

Les père et mère de la personne à assurer ont-ils joui d'une bonne santé? S'ils sont encore vivants, quel est leur âge? S'ils n'existent plus, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts?

Ses frères et sœurs ont-ils une bonne constitution et santé? Combien en vit-il présentement, et quel est leur âge? S'il y en a de morts, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts?

Y a-t-il dans la famille de la personne à assurer des maladies héréditaires, telles que folie, goutte, asthme, maladies de poitrine, scrofules, cancers, coups de sang, etc.?

Si la personne à assurer est un homme, a-t-il satisfait à ses obligations militaires? Sinon, pour quel motif? Si c'est une femme, a-t-elle eu des enfants? Combien? Ses couches ont-elles été heureuses?

La personne à assurer a-t-elle demeuré hors de l'Europe? Dans l'affirmative, où, quand, et pendant combien de temps ?

Existe-t-il, en dehors des indications ci-dessus, d'autres causes qui puissent inspirer des doutes sur sa longévité?

A-t-elle déjà cherché à se faire assurer par d'autres Compagnies, quand et par lesquelles? Son assurance a-t-elle été acceptée à la prime ordinaire du tarif, et pour quelle somme? Ou a-t-elle été refusée?

Nom du médecin de la personne à assurer? Depuis quand l'est-il? A quelle époque l'a-t-il traitée en dernier lieu? A-t-elle eu d'autres médecins? A quelle époque? Quels étaient-ils? Et pour quelles maladies l'ont-ils traitée? Est-elle parente du médecin? Celui-ci a-t-il un intérêt à l'assurance?

Noms, profession et domicile d'une personne de connaissance intime qui puisse donner des renseignements sur l'état général de la santé de la personne à assurer? Depuis quand cette personne connaît-elle celle à assurer?

Je certifie que les réponses ci-dessus sont, en tous points, exactes et conformes à la vérité ; j'entends qu'elles servent de base au contrat d'assurance à intervenir entre moi et *la Providentia*, et je consens que la Compagnie soit déliée de tous ses engagements envers moi, et que les sommes versées lui soient acquises, si les déclarations qui précèdent renfermaient des inexactitudes ou dissimulaient des faits que la Compagnie aurait intérêt à connaître.

Renseignements d'une personne de connaissance intime.

1° Depuis quand connaissez-vous la personne à assurer?

2° Quand l'avez-vous vue pour la dernière fois?

3° Quel est l'état ordinaire de sa santé? Quel est-il en ce moment?

4° Sa manière de vivre et ses habitudes sont-elles régulières? Est-elle sobre? En a-t-il toujours été ainsi?

5° Vous rappelez-vous qu'elle ait déjà été malade? S'il en est ainsi, à quelle époque et de quelle maladie?

6° Connaissez-vous quelque circonstance qui puisse faire paraître son assurance moins avantageuse que celle qui serait souscrite sur la vie de toute autre personne du même âge? Y a-t-il dans sa famille des maladies héréditaires? Avez-vous un intérêt quelconque à cette assurance?

Renseignements confidentiels de l'agent.

1° Noms et profession de la personne à assurer? Lui avez-vous parlé vous-même?

2° Quels sont ses revenus et sa fortune? Croyez-vous le montant de la prime et la somme à assurer en rapport avec ses ressources?

3° Quelle est la cause véritable, présumée ou prétextée de l'assurance?

4° Quels sont le caractère et la réputation de la personne à assurer?

5° Etes-vous son parent ou avez-vous des relations avec elle, et depuis quand? Avez-vous un intérêt à la réalisation de son assurance?

6° La personne à assurer a-t-elle déjà été malade? Quand et de quelle maladie?

7° Quel est son état de santé?

8° Est-elle d'une maigreur ou d'une corpulence frappante? A-t-elle le cou particulièrement court ou allongé?

9° Son extérieur répond-il à son âge, ou paraît-elle plus jeune ou plus âgée?

10° Y a-t-il dans sa mine ou dans sa voix quelque indice qui fasse supposer une santé languissante, un défaut de constitution ou une vie irrégulière?

11° Mène-t-elle une vie sobre et réglée, surtout en ce qui concerne les boissons spiritueuses? En a-t-il toujours été ainsi?

12° Y a-t-il dans sa manière de vivre ou dans ses occupations quelque particularité nuisible à sa santé? Prend-elle suffisamment d'exercice?

13° Avez-vous pris des renseignements et quels sont ceux que vous avez obtenus, sur l'âge et la santé de ses père et mère, et des autres membres de sa famille? Existe-t-il quelque maladie héréditaire dans sa famille? Des membres de sa famille ont-ils souffert de maladies de poitrine, d'hypochondrie, de goutte?

14° Connaissez-vous le médecin de la personne à assurer et la personne de connaissance qu'elle a indiquée comme référence? De quelle réputation jouissent-ils?

15° Le médecin a-t-il des relations intimes avec elle et quelles sont ces relations?

16° Ne connaissez-vous aucune particularité qui, si elle était connue de la Compagnie, pourrait empêcher celle-ci d'accepter l'assurance?

17° Croyez-vous qu'il y ait probabilité pour la Compagnie de conclure une bonne affaire en réalisant cette assurance?

18° Avez-vous d'autres renseignements à donner dans l'intérêt de la Compagnie?

Attestation du médecin de famille.

1° Depuis quand êtes-vous le médecin de la personne à assurer?

2° Etes-vous son parent ou avez-vous un intérêt quelconque à l'assurance?

3° Avez-vous été à même d'étudier et de connaître l'état de sa santé? Aucun changement dans cet état n'est-il survenu depuis peu?

4° Pour quelles maladies physiques ou mentales l'avez-vous traitée? Et quand?

5° Quelle a été l'issue de ces maladies? Si elles existent encore, quelle influence ont-elles exercée en général sur sa santé?

6° La personne à assurer a-t-elle été atteinte de maladies ou de lésions pour lesquelles elle ait été traitée par un autre médecin que vous? Lui a-t-on tiré du sang pendant ces maladies?

7° La personne à assurer a-t-elle été vaccinée ou a-t-elle eu la petite vérole?

8° A-t-elle eu des hémoptysies ou d'autres pertes de sang? A-t-elle souffert d'asthme, de palpitations de cœur, de syncopes, de goutte, de podagre, de rhumatismes aigus ou chroniques, de fièvres intermittentes, d'hydropisie, de goître, de scrofules ou de maladies syphilitiques?

9° Existe-t-il dans sa famille quelque maladie héréditaire ou particulièrement fréquente? Et dans l'affirmative, laquelle? La personne à assurer paraît-elle avoir des prédispositions pour cette maladie?

10° Quelle est la santé du père de la personne à assurer et son âge? S'il n'existe plus, à quel âge et de quelle maladie est-il mort?

11° Quel est la santé de sa mère et son âge? Si elle n'existe plus, à quel âge et de quelle maladie est-elle morte?

12° Quel est la santé de ses frères et leur âge? S'ils n'existent plus, à quel âge et de quelle maladie sont-ils morts?

13° Même demande pour les sœurs?

14° Quelle est la profession de la personne à assurer? Depuis quand l'exerce-t-elle? Est-elle moralement et physiquement en état de remplir convenablement les devoirs de sa profession?

15° Ses occupations ne sont-elles pas nuisibles à sa santé? Est-elle exposée à des émanations délétères et empoisonnées (arsenic, plomb, mercure)? Ses occupations lui procurent-elles l'activité corporelle nécessaire?

16° Quel est son genre de vie? Quelle est sa boisson habituelle? Combien consomme-t-elle en moyenne par jour, de bière, de vin ou d'autres spiritueux? Son état habituel ou d'autres indices ne donnent-ils pas à penser qu'elle mène une vie irrégulière ou qu'elle soit adonnée à l'intempérance?

17° Extérieur de la personne à assurer en ce qui concerne : la stature, le teint, la conformation générale, la forme et le développement de la poitrine?

18° Apparence d'âge et état de santé en général? La personne à

assurer paraît-elle plus âgée ou plus jeune que ne l'indique son âge réel de ans?

19° Son ouïe et sa vue ne sont-elles point affaiblies? Son sommeil est-il paisible?

20° Respiration : La respiration est-elle égale, profonde, sans oppression et exempte de râles visqueux, toux, etc.? Existe-t-il une dépression dans la région sous-claviculaire? Cette région se dilate-t-elle suffisamment en respirant? Donne-t-elle des deux côtés par la percussion un son normal? Le bruit de la respiration est-il sain et régulier sous la claviculo et au-dessus des lobes du poumon inférieur? Le bruit respiratoire est-il plus prolongé dans une partie des poumons que dans l'autre? Combien d'aspirations y a-t-il par minute? Le son de la voix est-il plus fort d'un côté que de l'autre? Y a-t-il lieu de supposer qu'il existe des tubercules dans les poumons?

21° Circulation : Les pulsations du cœur sont-elles normales en rhythme, force, etc.? Sent-on la pointe du cœur dans sa position naturelle? Les battements du cœur sont-ils distincts, etc.? Entend-on quelque part un bruit anormal? Si cela est, où l'entend-on le plus distinctement? Les pulsations artérielles sont-elles normales en rhythme, volume, force, etc.? Combien de pulsations le pouls a-t-il par minute? Le pouls est-il égal des deux côtés? Les veines sont-elles gonflées quelque part? Remarque-t-on des pulsations de veines? Et, dans l'affirmative, quelle en est la cause? Entend-on du bruit dans les veines du cou?

22° Digestion : Quel est l'état de la langue, de l'estomac et des organes abdominaux? Les selles sont-elles régulières? La rate est-elle gonflée? Le foie est-il de grandeur normale? Y a-t-il eu ou existe-t-il actuellement des symptômes de jaunisse? La personne à assurer n'a-t-elle jamais eu la dysenterie ou des diarrhées? Souffre-t-elle des hémorrhoïdes? A-t-elle ou n'a-t-elle jamais eu des fistules à l'anus? A-t-elle une hernie?

23° Voies urinaires et parties sexuelles : Y a-t-il présence ou présomption d'existence de la pierre, ou d'une autre maladie des reins ou de la vessie, de rétrécissement du canal de l'urèthre, ou d'une maladie de la matrice ou de l'ovaire? S'il y avait soupçon d'une maladie des reins, l'urine devrait être analysée, sa pesanteur spécifique constatée et indiquée, ainsi que la nature du sédiment dominant. Dans quel état est le flux menstruel? Y a-t-il chlorose ou pâles couleurs prolongées?

24° La personne à assurer a-t-elle été atteinte, ou est-elle encore atteinte de maladies mentales, de paralysie, d'épilepsie ou d'autres attaques nerveuses? De souffrances névralgiques? De migraines ou d'autres maux de tête? L'une ou l'autre de ces affections est-elle à considérer comme héréditaire?

25° N'existe-t-il pas des traces d'exutoires à la tête, à la poitrine, au dos, etc.; de vésicatoires, de ventouses à la gorge, d'ulcères ou d'abcès dans le voisinage des grandes articulations ou aux différentes extrémités ?

26° S'il s'agit d'une femme : a-t-elle donné le jour à des enfants ? A combien, et dans quel espace de temps ? Ses couches ont-elles été faciles, ou à quels accidents ont-elles donné lieu ? A-t-elle allaité ses enfants ? Est-elle présentement enceinte ?

27° Connaissez-vous quelque autre particularité qui soit de nature à abréger sa vie ?

28° Croyez-vous la durée probable de sa vie aussi longue que celle de toute autre personne du même âge, sinon, pourquoi ? Avez-vous encore d'autres renseignements à donner ?

29° Observations et considérations générales sur l'assurance en question.

Attestation du médecin de la Compagnie. — Les demandes sont posées dans les mêmes termes, et inscrites dans le même ordre de numéros que pour l'attestation du médecin de famille.

La déclaration ci-dessus est également libellée dans les mêmes termes : Je déclare par la présente, sur mon honneur et en mon âme et conscience, avoir répondu aux questions ci-dessus avec entière conviction, selon la vérité, et de n'avoir rien dissimulé sciemment sur l'état de santé antérieur et actuel de la personne à assurer, à laquelle la présente communication n'a pas été communiquée.

Les documents qui précèdent suffisent pour montrer l'importance que les Compagnies attachent à la constatation de l'état de santé des personnes qui se proposent de contracter avec elles. Les questionnaires offrent entre eux de grandes ressemblances. Cependant nous appellerons l'attention sur les développements que présentent ceux de la Compagnie allemande la *Providentia*, et sur la forme adoptée par les Compagnies française et espagnole *le Monde* et *le Phénix* de Madrid, qui, récemment fondées, ont cherché à mettre à profit l'expérience acquise par leurs devancières. Enfin nous ferons remarquer que, si toutes imposent des questions toutes tracées aux médecins des assurés, en ce qui touche leurs propres médecins, quelques-unes, notamment la *Compagnie des Assurances générales* et la *Caisse pa-*

ternelle, les laissent complétement libres dans la rédaction et l'étendue de leurs certificats].

III. — DE L'INTERVENTION DES MÉDECINS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCES.

Personne ne peut blâmer les Compagnies d'assurances d'agir rigoureusement. On a fréquemment essayé sur elles des fraudes de la pire espèce, et ce n'est que par l'adoption des moyens que nous venons d'exposer qu'elles peuvent se préserver.

L'habitude de certaines Compagnies d'obtenir gratuitement un certificat de la part du médecin de la personne qui se propose d'assurer sa vie, est une grande source de contestations. On rejette ainsi entièrement sur le médecin habituel de la personne la responsabilité de l'acceptation ou du refus de la vie à assurer. En effet, comme nous le verrons dans la suite, l'emploi d'un certificat provenant d'un médecin étranger est presque traité comme une fraude et peut faire naître des discussions sur la validité de la police. Le médecin de la personne est, il est vrai, le seul individu qui puisse proprement certifier l'état réel de sa santé, et c'est pourquoi c'est à lui qu'on le demande généralement. Quelquefois on attend de lui qu'il fournisse gratuitement quelque important certificat de ce genre, et s'il arrive qu'il soit défavorable, il est exposé à perdre ce qui peut bien être une partie lucrative de sa clientèle. Je ne dois pas supposer en effet qu'aucun membre du corps médical puisse certifier une chose qu'il saurait n'être pas vraie, dans le but de conserver un client. La question est de savoir si une Compagnie d'assurances a le droit de faire peser sur un médecin une telle responsabilité. La police fait bénéficier également les assureurs et l'assuré, car certainement on ne ferait pas de contrat si l'on n'en attendait pas un bénéfice réciproque.

Le médecin, sans la sanction duquel la police ne pourrait pas être effectuée, non-seulement n'a pas de bénéfice, mais encore est exposé à des pertes, en remplissant d'une manière honorable et consciencieuse le difficile devoir qu'on lui impose. Un tel état de choses ne devrait pas exister. Beaucoup de procès pour recouvrer des polices litigieuses ont montré très-clairement que la pratique amène une indifférence et une négligence assez grandes de la part des médecins lorsqu'ils font ces certificats; il en résulte en fin de compte une perte plus sérieuse pour les représentants de l'assuré que si l'on n'avait pas accepté sa vie. Il faut se rappeler que les assurances ne peuvent jamais souffrir de la fraude du médecin qui signe un pareil certificat; ce sont les assurés qui en pâtissent et c'est pourquoi les Compagnies ne montrent aucune disposition à changer ce système vicieux. Il est toujours entendu que les communications médicales sont confidentielles; mais, dans plus d'un cas, les médecins ont reconnu que les patients avaient eu connaissance de leurs certificats et que ceux-ci avaient même été employés comme preuves en justice. On pourrait remédier en partie à ces inconvénients en ne demandant pas du tout aux médecins habituels de signer un certificat, et en le faisant faire uniquement par le médecin de la Compagnie, après une consultation régulière avec le médecin de l'accusé, et un examen approfondi de sa personne. Si l'on refusait d'assurer la vie, la responsabilité en retomberait sur la personne qui doit la porter, c'est-à-dire le médecin de l'assurance; si on l'acceptait, ce serait lui qui serait responsable devant la Compagnie, s'il commettait quelque négligence importante dans l'accomplissement de ses devoirs. Il est vrai qu'il y a peu de Compagnies d'assurances qui ne possèdent pas des médecins et des chirurgiens; mais, dans les procès qui surviennent, la responsabilité ne pèse pas autant sur eux que sur les médecins habituels de l'assuré. Dans le cas

où l'on demande à un médecin de signer un certificat de ce genre, il me semble que le mieux pour lui serait de décliner la proposition, à moins qu'il ne pût avoir une consultation en règle avec les médecins payés par l'assurance. Si cependant des considérations particulières l'engagent à signer le certificat, son devoir est d'employer le plus grand soin, non-seulement en répondant aux questions écrites sur le certificat, mais surtout en détaillant *toutes les particularités qui lui sont connues sur la santé de la personne*. En agissant autrement, il ferait le plus grand tort aux représentants de l'assuré et nuirait probablement à sa propre réputation. Il n'y a pas de moyen terme : ou bien le devoir doit être rempli avec soin, avec conscience et honorablement, ou bien il faut s'y refuser. C'est une erreur de croire que quelques équivoques ou quelque dissimulation pourraient échapper à la Compagnie, et cependant il est évident que dans certains cas une idée de cette nature a dû exister dans l'esprit du médecin qui a mis son nom au bas du certificat.

[Les rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances soulèvent, ainsi qu'on vient de le voir, de graves questions de déontologie qui ne pouvaient manquer d'avoir en France un profond retentissement et qui ont en effet à diverses reprises, et surtout dans ces dernières années, suscité une certaine émotion dans le corps médical français.

Dès l'année 1847, le journal l'*Union médicale* qui venait de se fonder, esquissait dans un feuilleton très-vif et très-accentué (1), dû à la plume élégante de M. le docteur Cerise, le rôle du médecin particulier de l'assuré à l'égard des Compagnies d'assurances. On y relevait les manières peu convenables dont celles-ci se permettent d'in-

(1) *Des médecins et des Compagnies d'assurances sur la vie* (*Union médicale*, t. 1, n° 44, p. 187, 15 avril 1847).

terroger confidentiellement les médecins et de leur adresser des questions que « les magistrats et les jurés n'ont pas le » droit de leur adresser dans l'intérêt même de la justice »; et l'on y encourageait le parti pris par plusieurs médecins de ne pas répondre. A l'appui de cette opinion, l'auteur de l'article citait une lettre où l'un de ces médecins expliquait les motifs de son refus, en disant que le médecin ne peut être délié de l'obligation du secret professionnel, même par son client, qui peut lui-même être dans l'ignorance du véritable état de sa santé.

« Le devoir du médecin lui paraît positif et évident, et » en présence des questions posées dans la circulaire de la » Compagnie, il doit se récuser partout et toujours : nulle » considération ne peut le faire manquer à ce devoir. »

Le 21 décembre 1861, M. le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié, adressait au même journal (1) une lettre relative aux rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances sur la vie, inspirée par des sentiments semblables, et dans laquelle, notre distingué collègue provoquait le comité de l'*Union médicale* à formuler une règle de conduite dictée par les légistes, si cela était jugé convenable, et qui établît une sorte de jurisprudence propre à épargner aux médecins les ennuis signalés.

Peu de temps après, la question était portée devant la Société de médecine du 2e arrondissement de Paris par l'un de ses membres, que recommandent le plus la droiture du jugement et l'élévation du caractère, M. le docteur Moutard-Martin, médecin de l'hôpital Beaujon. Il lui soumettait en même temps une proposition à l'appui de laquelle il invoquait des considérations assez importantes pour que nous croyons devoir les reproduire ici en partie :

« Pour en revenir à la question qui nous occupe, il ré-

(1) *Union médicale*, 2e série, t. XIII, p. 17, 7 janvier 1862.

sulte de tout ce qui précède : que si votre client n'a aucun vice appréciable, vous pouvez lui donner un certificat; que si vous lui donnez ce certificat, vous ne pouvez pas le refuser à son voisin qui n'est pas dans les mêmes conditions de santé; que si vous le refusez, vous lui faites savoir qu'il est malade ou sous l'imminence d'une maladie héréditaire (ce qu'il ignore peut-être); que si vous donnez le certificat, ou le client sera indiscret et lira votre certificat, ou la Compagnie refusera l'assurance, et, dans ces deux cas, le client saura encore ce qu'il devait ignorer, ce qu'il est de votre devoir de lui laisser ignorer même malgré lui. Que faudra-t-il donc faire? Refuser tous les certificats demandés par les Compagnies d'assurances. C'est la seule solution possible.

» C'est ici, messieurs, que vient se placer ma proposition. Vous comprenez que l'action individuelle ne peut rien en pareille matière, et qu'il faut une règle de conduite commune à tous. En effet, l'un de nous refusera tous les certificats demandés, son voisin les donnera, de là, colère du client, abandon du médecin parce qu'il a fait son devoir. Mais nous serions bien forts, si nous pouvions répondre à nos clients : « Je vous refuse le certificat demandé par la » Compagnie, parce que nous tous, médecins de tous les » arrondissements de Paris, nous avons pris l'engagement » les uns vis-à-vis des autres, et dans votre intérêt, de ne » pas donner de pareils certificats. » Que pourrait répondre le client? Rien. Il serait forcé de s'incliner devant votre engagement, assuré de ne pas trouver chez votre voisin ce que vous lui auriez refusé, et la Compagnie, qui a des médecins qu'elle paye, sera obligée de s'en rapporter exclusivement à leur examen auquel le postulant se soumettra, mais qui ne compromettra ni vos intérêts ni votre conscience.

» Que les Compagnies d'assurances sur la vie soient bien persuadées que ce n'est pas un esprit d'opposition qui dicte

notre proposition et qui dictera votre décision si vous l'adoptez. Les services qu'elles rendent sont incontestables, nous sommes des premiers à le proclamer; mais les chefs de ces Compagnies ne se sont pas rendu compte de la gravité de ce qu'ils nous demandent, et ils n'hésiteront pas à y renoncer d'eux-mêmes, lorsqu'ils comprendront dans quelle fausse position ils nous placent vis-à-vis de nos clients. Les médecins attachés aux Compagnies d'assurances feront un examen plus minutieux, ils le renouvelleront s'il est nécessaire; les intérêts des Compagnies seront sauvegardés par l'examen consciencieux de leurs médecins, et nous, nous ne pourrons être compromis.

» Je terminerai donc par la proposition suivante formulée en deux articles, que je soumets à votre appréciation :

« 1° Tous les membres de la Société médicale du 2e arron-
» dissement, se fondant sur l'obligation du secret médical,
» prennent l'engagement de ne délivrer aucun certificat
» demandé par les Compagnies d'assurances sur la vie, quel
» que soit l'état de la santé du postulant; 2° cette décision
» sera transmise à toutes les Sociétés d'arrondissement de
» Paris, en les invitant à prendre une détermination sem-
» blable. » Cette proposition fut adoptée à l'unanimité par la Société.

Plus récemment, le 19 février 1865, l'Association des médecins de Toulouse votait en assemblée générale, sur le rapport de M. le docteur Basset, un article de règlement ainsi conçu: « L'Association des médecins de Toulouse, se
» basant sur l'obligation du secret médical, prend l'engage-
» ment de ne délivrer aucun certificat demandé par les
» Compagnies d'assurances, quel que soit l'état de santé du
» postulant. »

Les motifs de cette décision sont développés dans le rapport qui reproduit les arguments théoriques et pra-

tiques que nous avons déjà rappelés, notamment ceux qui se rapportent à la situation particulière du médecin à l'égard d'un client qui l'autorise à dire la vérité que lui-même ignore souvent, par suite d'une illusion qu'il est du devoir du médecin d'entretenir. « Que de clients épilepti-
» ques à qui nous cachons la nature du mal ! Que de mala-
» dies organiques incurables dont nous dissimulons le dan-
» ger à nos malades ! » Mais il est un motif particulier qui est invoqué dans le rapport de M. Basset et qui mérite d'être cité. L'honorable rapporteur, descendant du domaine de la théorie dans celui de la pratique, suppose le cas où le médecin peut être appelé à se prononcer sur un client atteint d'une affection organique du cœur. « Que ferez-vous,
» ajoute-t-il ? Irez-vous affirmer par écrit qu'il n'a aucune
» cause de mort prématurée et subite, ou tout en le décla-
» rant, tâcherez-vous, autant que possible, d'atténuer les
» faits ? Mais si votre client vient à mourir peu de temps
» après, subitement, la Compagnie ne manquera pas, soyez
» en sûrs, d'intenter un procès à la famille pour se dégager
» de son contrat sérieux et de vous appeler peut-être en
» cause, comme civilement responsable, vous exposant
» ainsi à perdre par un certificat de complaisance les éco-
» nomies de toute une vie de labeur et de privations. Si
» vous refusez le certificat, il faut révéler à votre client qu'il
» est atteint d'une maladie incurable qui doit abréger fata-
» lement la durée de son existence, à moins que vous ne
» préfériez, pour ne pas troubler son repos, le laisser dans
» l'ignorance des dangers qui le menacent et vous brouiller
» immédiatement avec lui, en refusant un certificat sur le-
» quel il croyait pouvoir compter. Telles sont les sources
» d'ennuis et de désagréments que nous ménagent souvent
» les Compagnies d'assurances en nous adressant leurs
» questionnaires indiscrets. »

Les principes qui ont dicté les résolutions des sociétés

médicales que nous venons de citer, ne sont pas cependant restés sans contradictions. Le docteur F. Aubry, dans un article fort sensé, publié en 1862 par la *Gazette des hôpitaux* (1), sans méconnaître l'obligation du secret prescrit par l'art. 378 du Code pénal, trouverait déplorable de la part des médecins une opposition systématique en matière d'assurances. Cet honorable confrère demande que les Compagnies modifient leur questionnaire ou renoncent à poser elles-mêmes des questions, et laissent chaque praticien libre de formuler son opinion dans les termes qu'il lui conviendra d'employer. « Alors, dit-il, la révélation du médecin parti- » culier aura parfaitement sa raison d'être. Le médecin » officiel des Compagnies procédera à une contre-visite. Les » intérêts des Compagnies sont donc sauvegardés. » M. Aubry pense que le médecin doit, en toute occasion, rester libre d'accorder ou de refuser son concours, et ne veut pas qu'il abdique l'une des plus précieuses prérogatives de la profession. Il regrette hautement qu'on ait porté à la barre des sociétés médicales la question des rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances sur la vie, et ne craint pas de blâmer comme peu réfléchi le sentiment sous l'empire duquel a été prise par l'une d'elles la délibération qui a été précédemment citée. Il demande enfin, en terminant, que chacun dans le corps médical conserve toujours en cette matière sa liberté d'action et sa responsabilité.

Nous sommes, pour notre part, très-disposé à accepter la conclusion de M. Aubry. Et en ces questions, qui sont si essentiellement du domaine intime de la conscience, nous voulons avant tout que le médecin reste libre par cela même qu'il est ou qu'il peut se croire responsable. C'est dire que nous n'approuvons à aucun titre ces enga-

(1) F. Aubry, *Les médecins et les Compagnies d'assurances sur la vie* (*Gazette des hôpitaux*, 1er avril 1862, nº 38, p. 149).

gements collectifs qui transforment le sentiment du devoir en une convention sociale. La déontologie médicale ne peut en aucun cas se formuler en articles de règlement, et nous n'accepterons jamais que le vote d'une majorité puisse imposer une règle absolue de conduite là où chacun ne se doit laisser guider que par les plus délicates inspirations de la conscience.

Mais nous ne pouvons rester indifférent aux raisons très-sérieuses qui peuvent conduire le médecin à se soustraire à la situation que lui font les Compagnies en l'interrogeant sur les plus secrets détails de la santé de son client. Nous ne croyons pas ces confidences, même autorisées par la personne qu'elles intéressent et malgré la promesse illusoire du silence dans lequel elles doivent rester ensevelies, compatibles avec l'obligation supérieure du secret professionnel. Et d'un autre côté, il est impossible de ne pas reconnaître que le refus de donner les renseignements demandés sera quelquefois aussi éloquent que la réponse la plus complète.

Quant au certificat dans lequel la vérité serait dissimulée ou seulement atténuée, nous le repoussons, avons-nous besoin de le dire, d'une manière formelle, parce qu'il est en toute occasion indigne d'un homme d'honneur, indigne d'un médecin, d'altérer la vérité; mais non à cause de la responsabilité civile qu'encourrait le médecin. En effet, il est bon de s'expliquer sur ce point. Aux termes des conventions stipulées dans toutes les polices d'assurances, toute fausse déclaration de la part du contractant entraîne de plein droit la résiliation de l'assurance et sa nullité. La dissimulation d'une maladie est donc bien une cause péremptoire de nullité. Plusieurs arrêts ont été rendus sur ce point, fondés sur la lettre du contrat et sur les principes généraux du droit. Mais les Compagnies n'auraient aucun intérêt à intenter une action directe contre le médecin qui

aurait délivré un certificat erroné; car elles sont garanties bien plus efficacement par le moyen que le contrat lui-même leur fournit contre les fausses déclarations de l'assuré. Le droit des Compagnies contre les médecins semble même complétement inadmissible, suivant la doctrine d'un arrêt de la Cour de Paris, du 13 décembre 1851, confirmatif d'un jugement du Tribunal de commerce qui déclare « qu'une Compagnie d'assurances sur la vie ne peut être » admise à faire la preuve qu'au moment de l'assurance, » l'assuré était atteint d'une maladie grave connue de lui » et de sa famille, et que l'assurance n'a été que le résultat » d'une combinaison frauduleuse consentie entre lui et sa » famille. »

Il est clair que les termes de ce jugement sont essentiellement conformes à l'obligation du secret médical et n'autorisent pas la recherche des faits que celui-ci protége. Mais en même temps on ne peut méconnaître qu'ils sont inspirés par cette pensée que c'est aux Compagnies à se garder elles-mêmes et qu'elles ne contractent qu'à leurs risques et périls.

Or c'est là précisément la règle qui nous paraît devoir diriger les Compagnies et tracer la limite de l'intervention des médecins dans les contrats d'assurances. Les Compagnies devraient en toute occasion renoncer à l'avis du médecin particulier de l'assuré et se contenter de la visite et du jugement de leur propre médecin. Quelques-unes, Taylor nous l'apprend, suivent déjà cette marche en Angleterre. Nous croyons qu'il n'y aurait qu'avantage pour toutes à suivre cet exemple. Le médecin officiel de la Compagnie trouvera chez la personne qui se propose elle-même à l'assurance toutes les facilités nécessaires pour procéder à un examen complet. D'un autre côté, son appréciation offre à la Compagnie toutes les garanties d'indépendance et de sincérité, en même temps qu'il est envers elle responsable

à tous les degrés de la manière dont il a rempli son mandat, tandis qu'au contraire, nous venons d'en fournir les preuves, elle n'a à l'égard du médecin de l'assuré ni droit ni recours, et impose à celui-ci, d'une façon toute gratuite, la plus pénible et la plus stérile responsabilité.

Si l'on a parcouru les modèles de questionnaires que nous avons rassemblés, on aura certainement été frappé du procédé suivi par quelques Compagnies, qui posent des questions explicites et multipliées au médecin de l'assuré, et qui, par contre, ne demandent à leur médecin officiel qu'une déclaration générale et en quelque sorte sommaire; telles sont la *Compagnie générale* et la *Paternelle*. Il y a là une contradiction que nous ne pouvons nous empêcher de signaler et que ne justifient nullement à nos yeux les explications que nous faisait l'honneur de nous adresser l'un des fonctionnaires les plus distingués d'une de ces grandes Compagnies. « Vous remarquerez, nous disait-il, que le cer-
» tificat à fournir par le médecin de la Compagnie, ne con-
» tient aucun formulaire, et il ne peut en être autrement,
» parce que le médecin de la Compagnie voit ordinairement
» le proposant pour la première fois, et qu'il ne pourrait ré-
» pondre à des détails de santé qu'il ne peut connaître dans
» une simple visite, qui se passe ordinairement en conver-
» sations par demandes et réponses ; la Compagnie tient
» beaucoup à ce que son médecin exprime une opinion
» spontanée résumant en quelque sorte son opinion ; géné-
» ralement, on ne lui fait pas connaître le certificat du
» médecin du proposant. »

Nous persistons à penser que les Compagnies qui agissent ainsi se méprennent sur leur propre intérêt, et s'exposent à être trompées plus que celles qui fondent leur détermination sur l'avis unique, mais longuement et sérieusement motivé, du médecin qu'elles se sont attaché. Il ne faut pas croire qu'il soit difficile pour un médecin instruit et ex-

périmenté de se faire en une seule visite une idée très-juste des conditions de santé que la Compagnie a besoin de connaître pour faire ou refuser l'assurance. Ce ne sont pas les détails minutieux et souvent puérils que nous trouvons dans les questionnaires qui importent, mais bien les faits capitaux qui n'échapperont jamais à l'agent médical de la Compagnie. Sa situation est celle de l'expert que la justice charge de l'éclairer et qui sait très-bien dans ses investigations impartiales découvrir la vérité, qu'il a la mission de mettre en lumière. Il est bon d'ajouter que de même que le juge peut se décider en dehors de l'avis de l'expert, de même les Compagnies prononcent souvent contrairement à l'opinion émise par les médecins. Nous avons sous les yeux des certificats favorables délivrés à la fois par le médecin du proposant et par celui de la Compagnie pour une personne qui n'a cependant pas été admise à l'assurance.

Notre opinion est d'ailleurs tout à fait d'accord avec la pratique de tous les jours. Les Compagnies qui connaissent parfaitement la jurisprudence dont nous avons rapporté un exemple, se gardent bien, lorsqu'elles s'aperçoivent, après une assurance faite, qu'elles ont été trompées sur la santé d'un assuré, d'intenter une action judiciaire. Elles obtiennent la résiliation du contrat en menaçant de poursuites frauduleuses, mais bien rarement, même en cas de décès, elles se décident à commencer une instance. En ce moment même, une des principales Compagnies de Paris a entre les mains un certificat émanant d'un des chirurgiens les plus éminents de ce temps, et attestant la bonne santé d'un individu que le même chirurgien opérait peu de temps après pour une affection cancéreuse dont les suites ont entraîné la mort. La Compagnie ne songe pas à contester l'assurance et n'hésite pas à s'exécuter.

Il ne paraît pas que la jurisprudence et la pratique françaises soient imitées partout. Nous trouvons dans le livre

de Casper (1) un exemple d'attestation fausse d'assurance de vie pour laquelle il a été consulté comme expert à l'occasion d'une action judiciaire qui semble n'être pas rare à Berlin. Le fait mérite d'être cité ; nous laissons parler Casper :

« Je crois utile de rapporter un cas de ce genre, puisque le § 257 du Code prussien fait expressément mention « des sociétés d'assurances mutuelles », et que les plaintes faites par les dites sociétés pour certificats faux sont assez fréquentes. De plus le cas fut assez difficile.

» Le docteur R. avait délivré à l'officier de santé S. un certificat datant du 25 août, dans lequel le médecin déclarait à la société d'assurance que l'assurance était « acceptable », mais en même temps que S. souffrait « d'un catarrhe du larynx non grave, avec la voix un peu voilée et une toux catarrhale accompagnée de crachements. » Il insistait, dans le certificat, sur l'état des « poumons et de la trachée, qui étaient sains, sur le teint normal, sur la régularité des fonctions de la respiration et de la circulation. »

» Le 26 janvier 1852, S. meurt, d'après les certificats des docteurs R. et B., faits le même jour, « d'une inflammation grave des poumons », compliquée d'une hypérémie cérébrale. Cette maladie avait dû atteindre S. « la semaine précédente », pendant un voyage fait par un temps de pluie et de vent. La conséquence du refroidissement se démontrait « par des accès de pneumonie très-grave, de la dyspnée considérable et du délire »; l'auscultation et la percussion indiquaient une inflammation violente des poumons.

» Après la mort de S., le bruit courut qu'il avait succombé à une phthisie trachéale dont il avait souffert pen

(1) J. L. Casper, *Traité pratique de médecine légale*, traduction de G. Baillière. Paris, 1862, t. I, p. 37.

dant des années, et la société d'assurances se crut en droit, d'après le § 257, de porter plainte contre le docteur R. à cause d'attestation fausse volontaire, et de refuser le payement de la somme assurée.

» En réponse aux questions posées, je disais dans mon rapport: « Je dois d'abord examiner de quelle maladie S. est mort. Ici il est à regretter que les actes ne contiennent rien sur l'autopsie du cadavre, qui vraisemblablement n'a pas été faite. Cette lacune ne permet plus de poser un jugement infaillible, et le certificat des médecins susnommés est loin d'y suppléer. Ils parlent, il est vrai, de l'exploration de la poitrine, mais ils ne donnent pas les résultats de cette exploration, de sorte que l'on est réduit à s'en rapporter à leur conclusion: que le décédé souffrait d'une pneumonie. Le certificat ne dit pas même s'il y avait de la fièvre ou des douleurs, s'il y avait de la toux et de quelle nature étaient les crachats; si le malade pouvait se reposer des deux côtés; s'il y avait des aphthes à la langue ou au pharynx; si la peau était sèche ou humide, etc. On en est réduit à la déclaration de R. et de B., et je dois accepter que s'il y a eu « des accès pneumoniques très-graves, S. est mort d'une pneumonie, et rien ne peut prouver qu'il soit mort d'une phthisie trachéale ».

» Je dois ajouter qu'un « voyage fait à la campagne par un temps de pluie et de vent » au mois de janvier, et un « refroidissement » survenu, peuvent devenir, comme l'expérience le prouve, une cause déterminante d'inflammation des poumons. D'un autre côté, une telle inflammation enlève souvent le malade du sixième au huitième jour, de sorte que l'origine et le cours de la maladie prouveraient la justesse du diagnostic du docteur B. Une telle marche de la maladie aura pu être observée surtout chez un homme qui pendant des années a souffert d'inflammation et d'ul-

cération chroniques de la muqueuse trachéale (phthisie trachéale).

» D'après les dépositions de plusieurs témoins, cela doit avoir eu lieu. Voici ce qu'en disent les actes. Des témoins nombreux non médecins, les uns ne savent rien sur la santé de S., les autres font des dépositions plutôt contraires à l'existence de la maladie dont nous voulons parler, et qui aurait duré de longues années. Il suit de leurs dépositions que S. a voyagé et visité ses malades en tout temps, qu'on l'a vu peu de jours avant sa mort vaquant à ses occupations. On voit en effet des poitrinaires rester très-actifs jusqu'à leur dernier jour. Cependant on doit admettre qu'avec une occupation aussi pénible que celle du décédé, une phthisie existante aurait fait en cinq ans (c'est l'espace de temps désigné par les témoins) de plus grands progrès que ceux qu'on a pu remarquer.

» Les témoignages des médecins ont plus de valeur; mais le médecin-physicien S. a seulement entendu dire plusieurs fois, il y a dix ans, que S. souffrait d'une « phthisie trachéale »; il ne l'avait pas vu depuis sept à huit ans, et par conséquent ne l'avait ni exploré, ni traité, et son témoignage ne pouvait être admis. L'officier de santé qui avait fait ses confidences au docteur T., avait parlé dans des termes qui expriment bien l'état d'un phthisique. Tout son aspect et toute son organisation extérieure, dit-il, annonçaient que S. avait de grandes dispositions à la phthisie. Il était maigre, svelte, avait le cou long, le larynx proéminent, la poitrine plate, les épaules en dehors; j'ai même entendu dire par sa bonne qu'il avait beaucoup craché en été 1851 (c'est-à-dire au moment où fut faite l'attestation fausse). S. mangeait beaucoup, mais cependant maigrissait toujours. D'après ces dispositions extérieures et ces circonstances, je conclus que S. devait être phthisique, et je communiquai mon avis au docteur T. Cette déposition a été rendue

suspecte à cause de l'inimitié qui existe entre l'officier de santé R. et le docteur R.; de plus, il résulte de ce témoignage que S. avait une disposition réelle à la phthisie, mais il ne s'ensuit pas que cette maladie se soit développée et ait amené la mort, car avant ou sans cette disposition, l'inflammation des poumons suffisait pour amener la mort. Quant à ce que la bonne a dit à R., cela ne peut avoir aucune valeur scientifique.

» Mais le même témoin dit qu'il a observé lui-même « une raucité chronique » chez S. Ceci est important, car cette affection est un symptôme habituel de la phthisie trachéale.

» Le docteur B., lui aussi, a constaté cette raucité, mais il ajoute que ne l'ayant pas vue augmenter pendant cinq ans, il l'avait prise, non pour un symptôme de phthisie, mais pour « une paralysie des nerfs du larynx ». Il existe en effet de telles raucités nerveuses, et une raucité à l'état chronique qui serait le symptôme de phthisie trachéale, annoncerait un degré très-avancé de la maladie, ce qui n'a pas été dans ce cas, puisque S., jusque peu de temps avant sa mort, vaquait encore à des occupations très-pénibles. Mon avis est donc que cette raucité n'a pas été le symptôme d'une phthisie trachéale.

» D'après ce qui précède, je déclarai dans mon rapport: « 1° Les symptômes remarqués chez l'officier de santé S. par les témoins, ne peuvent pas faire croire à l'existence d'une phthisie trachéale ou laryngienne existant avant le 26 janvier 1852; 2° il n'y a pas de raisons qui puissent prouver que S. est mort d'une phthisie trachéale ou laryngienne. » D'après ce rapport, l'accusation d'attestation fausse fut écartée, et l'affaire abandonnée. »

Nous ne pouvons nous empêcher, quelque pénible que puisse être pour notre honneur professionnel un semblable récit, de citer à propos des faux qui peuvent être commis

au préjudice des Compagnies d'assurances un fait d'escroquerie jugé au mois de juin 1859 par le tribunal correctionnel de Limoges. L'agent de plusieurs Compagnies anglaises s'était entendu avec quelques individus et entre autres avec un médecin pour faire assurer comme parfaitement valides des individus choisis à l'hôpital parmi ceux dont la mort était certaine et ne devait pas se faire longtemps attendre. Le montant de l'assurance ainsi escroqué était ensuite partagé entre les complices. Les Compagnies furent quelque temps avant de remarquer la singulière mortalité qui sévissait de préférence et à si bref délai sur les assurés d'une même localité. Mais la justice mise sur la trace découvrit la fraude, et le médecin indigne n'échappa que par le suicide à la condamnation qu'il avait méritée et qui frappa les autres accusés.

Si l'on nous permet de résumer cette longue discussion sur l'intervention des médecins dans les contrats d'assurances sur la vie, nous dirons que le médecin de l'assuré doit rester libre d'accepter ou de refuser la proposition qu'on lui fait de répondre à des questions relatives à la santé d'un de ses clients, que c'est là affaire entre lui et son client, entre lui et sa conscience; que le médecin d'une Compagnie a, au contraire, le devoir étroit de recueillir et de donner tous les renseignements qui sont de nature à éclairer les conditions de l'assurance et qu'il ne doit se laisser guider que par la vérité et par les intérêts de la Compagnie; que celle-ci, par conséquent, a tout avantage à s'en rapporter exclusivement au jugement de son propre médecin, sans exiger de celui de l'assuré des attestations confidentielles, quelquefois impossibles à obtenir, souvent incomplètes ou inexactes, toujours inutiles, qui ne lui offrent ni garantie ni recours.]

IV. — DÉTERMINATION DES MALADIES QUI SONT DE NATURE A ABRÉGER LA VIE.

Prenons le cas où les divers préliminaires qui viennent d'être établis, auraient été remplis soigneusement; d'importantes questions médicales peuvent s'élever relativement à de prétendues infractions aux conditions de la police. La liste des maladies spécifiées en comprend une grande variété: affections de la tête, apoplexie, paralysie, épilepsie ou convulsions, maladies du cerveau, aliénation mentale, maladie des poumons, crachement de sang, asthme, inflammation, maladies du cœur, hydropisie, maladies des intestins, du foie, des reins ou des organes urinaires, goutte, rhumatisme, hernie, phthisie, ou toute autre maladie héréditaire.

Dans les propositions de quelques compagnies, le terme obscur de « Convulsions » est mis en relief; mais il est difficile de savoir ce que signifie proprement ce mot ainsi isolé. Il paraît avoir été emprunté au vocabulaire des statisticiens qui ont rédigé des tables de mortalité sous le règne de Charles II. C'est ainsi qu'il peut comprendre l'apoplexie, l'épilepsie, la paralysie, la syncope, les convulsions, qui proviennent de n'importe quelle cause, et même l'asphyxie. Cette expression est trop vague pour un certificat, et l'on devrait l'écarter. Cependant une cour de justice ne permettra pas à des assureurs de profiter de l'emploi dans leur contrat de termes ambigus, et c'est pour cela qu'elle restreint d'ordinaire la signification du mot *convulsion* aux attaques d'épilepsie. La principale condition, cependant, est impliquée dans ces termes : « *Toute autre maladie ou désordre tendant à abréger la vie.* » C'est d'ordinaire sur la signification de ces mots que s'élèvent des difficultés, et que l'on demande l'opinion d'experts médicaux.

Il est impossible de donner des règles générales pour dé-

terminer quelles maladies tendent à abréger la vie et quelles sont celles qui n'y tendent pas. On peut appeler ainsi toutes les indispositions ; mais la loi délimite ici nettement la signification de ces mots en ne les appliquant qu'aux maladies qui, au point de vue médical, sont regardées comme sérieuses, et qui, dans la règle, peuvent directement ou indirectement affecter la durée de la vie de toute personne qui en souffre. Ce fut là la solution donnée à cette question dans l'affaire Watson, contre Mainwaring, dans laquelle le payement du montant de la police fut refusé, parce que l'assuré souffrait au moment où il contractait l'assurance, de ce que l'on appelle une *dyspepsie organique*, et que ce fait avait été tenu caché aux assureurs. On posa au jury la question de savoir si la maladie dont le décédé avait été affecté, et de laquelle il était mort, était au temps de l'assurance une dyspepsie ordinaire ou organique.

Le juge, en posant la question au jury dit : « Toutes les indispositions ont plus ou moins de tendance à abréger la vie, même les plus légères ; par exemple, les cors aux pieds peuvent finir par la gangrène, mais ce n'est pas là le sens de la clause. Si l'on devait considérer la dyspepsie comme une maladie tendant à abréger la vie, la moitié des hommes de loi ne pourraient assurer leur vie. » Nous apprenons par cet exemple qu'une personne peut mourir d'une maladie dont elle souffrait à l'époque de l'assurance, et ses représentants recouvrer cependant le montant de la police, lorsque la maladie dont est morte la personne, n'abrége pas habituellement la vie. C'est là une interprétation équitable; car les assureurs n'ont pas le droit de forcer le sens des termes de la police, ni de prendre avantage de ce que l'on regarde comme un résultat accidentel. D'autres décisions nous apprennent que, pour rendre une police valide, il n'est pas nécessaire que l'assuré ait été, au moment où l'assurance a été contractée, entièrement libre de

tout germe d'indisposition ou de maladie cachée. Une personne peut souffrir d'une indisposition encore inconnue, ulcération de l'estomac ou des intestins, par exemple. amenant une perforation ; mais lorsque, comme cela arrive d'habitude, ce désordre n'est connu ni d'elle ni de son médecin, les assureurs sont forcés d'en courir les risques. Dans l'affaire de sir James Roos, lord Mansfield soutint que la garantie était suffisante, lorsque, au moment de l'assurance, la personne était dans un état moyen de bonne santé. Une vie peut être bonne à assurer quoique la personne souffre de quelque infirmité corporelle.

D'un autre côté, les maladies tendant à abréger la vie ne sont pas seulement celles qui ont généralement un cours rapide et fatal, comme la phthisie et le squirrhe. Ces mots peuvent s'appliquer à l'hydropisie, à la goutte, à l'asthme, à l'aliénation mentale et à plusieurs maladies chroniques. Lorsque l'on dissimule aux assureurs l'existence de ces affections ou même quelque tendance bien marquée qui y amène, ou lorsque par méprise on omet de les signaler, même sans intention frauduleuse, la police est annulée dans le cas de la mort, parce que le risque couru est différent en réalité de celui que l'on entendait courir, lorsque le contrat a été signé. De telles maladies ne sont pas nécessairement mortelles, mais là n'est pas la question : leur endance est d'abréger la durée probable de la vie, et le contrat est annulé si l'on peut établir clairement au point de vue médical, qu'il y a eu quelques affections chroniques ou aiguës qui aient été cachées avec intention.

Au mois de décembre 1862, fut plaidée une affaire dans laquelle on prétendit que l'existence de la goutte avait été dissimulée. (*Procès de Jordkes contre la Compagnie d'assurances de Manchester et Londres.*) Le décédé Jordkes, voyageur de commerce, âgé de quarante-cinq ans, fit en 1860 une police sur sa vie pour 1000 l. (25 000 fr.); il mourut en juin 1861

La Compagnie refusa de payer, en alléguant que les réponses du défunt avaient été fausses, et qu'il y avait eu suppression d'un fait important. On lui avait demandé, paraît-il, s'il avait jamais été *atteint de goutte*, et il avait répondu : « Non. » On lui avait demandé s'il avait essayé de se faire assurer auprès d'une autre Compagnie, et si dans ce cas, sa vie avait été acceptée ; il avait répondu qu'elle avait été proposée et acceptée au taux ordinaire. C'étaient là les réponses que l'on prétendait fausses. Un chirurgien de la Compagnie déclara qu'en mai 1858, le défunt avait souffert de goutte rétrocédée. Il avait eu une attaque « extrêmement légère », qui n'avait duré que quarante-huit heures environ. Le chirurgien n'avait pas dit au défunt que c'était la goutte ; mais il pensait que ce dernier était mort de goutte rétrocédée, revenue sous une forme plus grave. On montra une proposition du défunt à une autre Compagnie, proposition que celle-ci avait refusée. De la part du demandeur, on contestait qu'il y eût évidence que le défunt eût jamais été « atteint de goutte ». Le président de la cour suprême (lord Chief Justice) laissa au jury à décider : 1° si les réponses de l'assuré avaient été fausses et ensuite si elles l'avaient été à sa connaissance ; 2° avait-il été « atteint de goutte »? Il fallait considérer la question avec une latitude convenable, et il ne s'agissait pas de savoir si cette personne avait eu quelques symptômes passagers, qu'un médecin très-perspicace pouvait attribuer à la présence d'un accès de goutte rentrée ; mais s'il y avait de la goutte dans une forme sensible et appréciable? Il avait été constaté par le chirurgien dès avant la proposition, que ç'avait été le plus léger accès possible de goutte. Pour la seconde question, à savoir : si la vie avait été proposée à quelques autres Compagnies, et acceptée ou réformée? Il se trouva que la vie avait été proposée à deux Compagnies, et avait été acceptée par l'une et refusée par l'autre. L'assuré avait-il donné une

réponse vraie, en disant simplement qu'il avait proposé sa vie et qu'elle avait été acceptée? La question sans doute n'était pas dans la forme la plus compréhensible, mais la réponse y avait-elle été faite pleinement et loyalement d'après la signification la plus claire, en ne disant rien de la proposition qui avait été refusée?

Le juge n'était pas de cet avis, mais il s'en remettait au jury. Cependant il pensait, en outre, qu'il n'était pas exactement vrai de dire que la vie avait été « acceptée » dans le sens où l'on emploie d'ordinaire ce mot, car elle n'avait été acceptée dans aucune Compagnie, après une demande en assurance; elle avait simplement été approuvée par le médecin. C'était au jury à décider si l'une ou l'autre des réponses était fausse et dans ce cas, si elle l'avait été à la connaissance de l'assuré. Le jury déclara que l'assuré n'avait pas été atteint de goutte à l'époque de l'assurance, et déclara aussi que la réponse à l'autre question était fausse, mais non pas à la connaissance de l'assuré. Le président (lord Chief Justice) fit rendre le verdict en faveur du demandeur, sous la réserve que la cour déciderait si le faux infirmerait le jugement.

V. — APPRÉCIATION DES EFFETS DE CERTAINS VICES DE CONFORMATION, INFIRMITÉS ET HABITUDES SUR LA DURÉE DE LA VIE.

D'un autre côté, il se peut qu'une personne n'ait aucune maladie à l'époque où elle contracte l'assurance, mais que ses *habitudes* soient de nature à altérer en général la santé et aient ainsi une tendance à abréger la vie. La dissimulation de ces habitudes dont l'effet sur la santé doit ou devrait être connu de tous les médecins, peut être tout aussi fatale

à une police que la dissimulation d'une maladie sérieuse. Quoiqu'on ne puisse pas toujours les comprendre dans les questions faites par les Compagnies, la loi décidera cependant qu'équitablement les assureurs doivent être informés de toutes les circonstances qui peuvent en quelque manière modifier les risques qu'ils courent. C'est ainsi que des habitudes d'ivrognerie, dissimulées, ont donné lieu à des questions médicales d'une grande importance ; et dans un exemple remarquable qui sera mentionné ci-après, s'éleva la question de savoir si l'habitude de manger de l'opium, qui avait été cachée aux assureurs, avait ou non une tendance à abréger la vie.

Quelques faits dévoilés récemment, de nature en partie criminelle et en partie civile, ont rendu les Compagnies d'assurances beaucoup plus sévères dans leurs questions. Dans les règles que nous avons déjà mentionnées, il est posé une question spéciale sur l'existence des faits matériels relatifs à la santé ou au genre de vie, et l'on demande si la personne est ou n'est pas d'habitudes tempérantes. Tous les faits sur lesquels portent ces questions doivent être mentionnés, pour peu qu'ils soient connus du médecin ordinaire. L'existence de telles habitudes est naturellement connue à la personne elle-même, et la déclaration qu'elle signe est si explicite, que, si elle cache intentionnellement ces habitudes, elle ne peut raisonnablement se plaindre que la police soit annulée et les primes acquises à la Compagnie.

L'affaire de van Lindersau contre Desborough, qui fut plaidée par-devant le Banc du roi, sous la présidence de lord Tenterden, en octobre 1828, montre que les médecins sont tenus, au risque d'invalider la police, de constater exactement l'état corporel de la personne qui se propose d'assurer sa vie, autant qu'on peut le diagnostiquer par l'observation.

Le 16 juin 1824, fut faite une police pour la somme de

3208 livres (80 200 fr.), à la Compagnie d'assurances *l'Atlas*, sur la vie du duc de Saxe-Gotha, qui était à cette époque à l'étranger. Le duc mourut le 11 février 1825, neuf mois après l'époque où l'assurance avait été faite ; et le payement de la police fut refusé, par la raison qu'il y avait eu dissimulation matérielle de l'état de santé exact de l'assuré. Il fut prouvé que, quelque temps avant l'assurance, le duc était malade, et qu'à l'époque où l'assurance fut contractée, il était en enfance et n'avait pas parlé depuis deux ans. Il avait souffert d'une affection du cerveau, sa santé ne s'améliora pas après l'assurance, et il mourut finalement d'une attaque de paralysie. Le certificat d'après lequel l'assurance avait été contractée, avait été signé par deux médecins allemands, les docteurs Dorl et Ziegler. Ils y disaient que l'état général de la santé du duc était bon ; mais ajoutaient qu'il avait la parole embarrassée, et une affection de l'œil gauche. Il était également affirmé qu'il était parfaitement exempt de maladies ou symptômes de maladies. En examinant la tête, on trouva à la paroi interne du crâne, une large tumeur qui exerçait une pression sur le cerveau. Cette tumeur était évidemment d'ancienne date et avait probablement été la cause des symptômes que l'on avait observés et de la mort. On trouva 10 onces, environ 300 grammes de sérum épanché dans le cerveau.

Avant que l'assurance fût contractée, un agent que les assureurs avaient en Allemagne, les avait informés, paraît-il, que le duc avait mené une vie dissolue par suite de laquelle il avait perdu l'usage de la parole, et aussi, de l'avis de quelques personnes, ses facultés mentales ; c'était là-dessus que la Compagnie avait demandé une prime presque double de l'ordinaire. Les assureurs prétendaient qu'il y avait eu dissimulation matérielle de l'état réel de santé du duc, à l'époque où l'assurance avait été effectuée. Feu M. Green, qui parut comme témoin pour le demandeur,

réclamant le montant de la police, reprit l'historique de la question, et fit valoir la considération qu'il n'y avait pas eu de symptômes de maladie organique, quoique les symptômes mentionnés eussent pu conduire à diagnostiquer une maladie du cerveau. En réponse à une question de lord Tenterden, il déclara que, s'il avait été consulté comme médecin par une Compagnie d'assurances sur la santé d'un homme qui refusait de se remuer, dont on surveillait tous les pas et qui avait perdu la parole, il aurait regardé comme son devoir de mentionner toutes ces circonstances. Lord Tenterden chargea le jury de décider la question de savoir s'il y avait eu dissimulation de faits matériels relatifs à la santé du duc. Le demandeur fut débouté, et plus tard on ne lui permit pas de faire juger de nouveau la question.

La réponse donnée par M. Green était, sans aucun doute, telle que tout homme consciencieux l'eût donnée en pareille circonstance. Lorsqu'un expert médical paraît devant une cour de justice, c'est pour dire *toute la vérité,* aussi bien qu'il peut l'apprécier, et non pas pour faire bien ou mal les affaires de la personne qui l'y appelle. D'un autre côté, il est clair que les docteurs Dorl et Ziegler ont donné un certificat très-peu clair. Il est possible qu'ils ne fussent pas en mesure d'exprimer aucune opinion sur l'existence d'une tumeur dans le cerveau; mais ils ont eu tort de ne pas constater l'état réel du duc. S'ils connaissaient son état de santé à cette époque, ils méritaient des reproches; s'ils ne le connaissaient pas, ils n'avaient pas le droit de signer un certificat quelconque. De ce qu'un homme jouit dans le moment actuel d'une santé corporelle passable, il ne suit pas de là que des faits de cette nature, témoignant d'un désordre considérable dans le système nerveux, puissent être cachés aux assureurs. A quelque cause qu'elle tienne, l'imbécillité doit toujours être mentionnée.

Quelques praticiens sont d'avis que, pourvu qu'ils puissent

certifier que la personne est en bonne santé au temps de l'assurance, c'est tout ce que les assureurs doivent savoir. L'assuré nourrit ordinairement la même opinion, et, après avoir été traité par un médecin pour une maladie, il s'adresse à un autre qui lui est comparativement étranger pour témoigner de sa santé devant l'assurance. Nous ne saurions admettre ce système qui est quelquefois le résultat d'une méprise, d'autres fois d'une fraude. Si les médecins refusaient de signer les certificats dans ces occasions, non-seulement ils se préserveraient des reproches, mais encore ils feraient faire un bénéfice à l'assuré en l'empêchant d'obtenir une police dont les termes pourraient être invalidés à sa mort et faire encourir la confiscation de ses primes. De tout ce que nous avons dit, on conclura facilement que l'état exact de la santé de la personne, à l'époque de l'assurance, ne représente pas la totalité des risques que court la Compagnie. Il se peut que le rétablissement, comme dans le cas d'une maladie de poumons, ne soit que temporaire, il peut être suivi assez rapidement de la phthisie, et c'est pour cela que les assureurs devraient être informés tout aussi bien des antécédents que de l'état actuel de leur client. Les conditions de la déclaration sont si explicites sur ce point, qu'il est à peine nécessaire de mettre cette addition au certificat. La maladie dont le client a souffert peut avoir été insignifiante, et n'avoir offert aucun danger ; néanmoins il est plus sûr encore de la mentionner ; ce sera alors ceux qui ont à courir le risque qui choisiront. Lorsque des faits de cette nature sont ou dissimulés ou incomplétement constatés, la question de savoir jusqu'à quel point ils doivent ou non être portés à la connaissance des assureurs, est toujours abandonnée au jury, qui est guidé dans son verdict par son bon sens naturel aussi bien que par les opinions médicales. D'après une décision de la chambre des lords dans l'affaire d'Anderson contre Fitzgerald, il paraîtrait que c'est

la sincérité des réponses données et non leur contenu effectif qui influa sur le verdict. Dans une affaire jugée en décembre 1856, lord Campbell soutint que la dissimulation de la vérité de la part d'une personne dont la vie était assurée, n'annulerait pas la police si la partie contractant l'assurance était innocente et ignorait cette dissimulation.

Quelques médecins ont adopté le système de signer des certificats, mais en refusant de donner aucune réponse écrite à certaines questions, comme, par exemple, cette question générale : Pouvez-vous donner quelques renseignements sur les habitudes de la personne à assurer? Si le médecin ne sait rien sur ses habitudes, cela devra être mentionné ; si, au contraire, nous connaissons quelques habitudes qui affectent la santé, nous ferions tort à l'assuré et à nous-mêmes en gardant pour nous les renseignements que nous pourrions donner à ce sujet. Il se peut que ce silence soit une raison pour l'assurance de demander une prime plus élevée qu'elle ne l'eût été si les faits eussent été connus ; et s'il n'en est pas ainsi, cette omission peut donner lieu plus tard à un procès. Ainsi, dans l'affaire du comte de Mas, le payement de la police fut refusé par la raison que le comte avait l'habitude de manger de l'opium. Son médecin avait répondu favorablement à une question *spéciale* sur ses habitudes, si elles étaient sédentaires ou actives, sobres ou non ; mais il avait négligé de répondre à la question *générale* sur les habitudes, et, à la mort du comte, il se trouva qu'il avait l'habitude de manger de l'opium bien avant d'avoir contracté l'assurance. Il est possible que ce fait n'ait pas été connu de son médecin, mais puisqu'il faut cependant signer le certificat, il est toujours meilleur de répondre à la question ou affirmativement ou négativement, que de laisser la Compagnie inférer du silence quelque chose de défavorable, ou de rendre la police sujette postérieurement à discussion.

Dans l'affaire de madame Elgie, le payement du montant d'une police fut refusé dans les circonstances suivantes : L'assurée avait été, quelque temps avant l'assurance, d'une santé délicate, et en 1821, on pensait que les symptômes qu'elle présentait étaient ceux de la phthisie. En 1822, elle fut malade à deux reprises, de manière à donner des inquiétudes. Au mois de décembre de cette année, désirant assurer sa vie, elle appela auprès d'elle un médecin de ses amis qui ne l'avait pas traitée auparavant, pour l'examiner et témoigner de son état de santé. Il examina, paraît-il, spécialement l'état de ses poumons et de son foie, et les trouvant à son avis en bonne santé, il certifia que l'état ordinaire de sa santé était bon. Le 19 mars 1823, il donna un autre certificat de la même teneur, d'après lequel l'assurance fut contractée au mois d'avril 1823. Madame Elgie mourut d'une maladie des poumons en avril 1824. On refusa le payement, en alléguant qu'il y avait eu dissimulation de faits matériels concernant la santé de l'assurée. Il paraît que l'assurée, à l'insu du médecin qui avait donné ce certificat, avait été soignée entre le mois de décembre 1822 et le 19 mars 1823 (du certificat), par un praticien demeurant dans son voisinage, pour un rhume, et qu'elle avait beaucoup maigri. Ce médecin cependant pensait qu'il n'y avait pas de maladie organique, opinion confirmée par l'examen qu'il fit pour le certificat donné au mois de mars. En effet, la circonstance que la défunte avait eu cette maladie, avait été cachée aux assureurs. Le jury pensa que, bien qu'il y eût eu dissimulation, elle n'avait pas été matérielle, et son verdict fut rendu contre les défendeurs. L'autorisation d'intenter un nouveau procès fut accordée, mais le verdict fut de nouveau rendu contre eux. La vérité est que la dissimulation d'une très-légère maladie ne peut pas vicier une police ; cependant, le contrat étant un de ceux que l'on nomme *uberrimæ fidei*, c'est du plus mauvais calcul, soit

de la part de l'assuré, soit de la part du médecin qui signe le certificat, de cacher aux assureurs n'importe quelle maladie ou n'importe quels soins médicaux venant d'ailleurs. On pourra, en effet, toujours prétendre que la connaissance de ces faits aurait conduit à empêcher la police, ou aurait fait une différence dans le montant des primes annuelles. C'est pourquoi une partie de nos devoirs, lorsque nous signons un certificat après un examen attentif, consiste à savoir si l'assuré a ou n'a pas été soigné auparavant par un autre praticien.

Il se plaida par-devant les assises d'été du comté de Warwick en 1844 (Gealh contre Ingall), une affaire dans laquelle on allégua que l'existence de la phthisie (consomption pulmonaire) ou de ses symptômes avait été cachée à la Compagnie. De la part du demandeur, le médecin de l'assuré fut appelé, et il certifia qu'en 1840, lorsque la police avait été faite, il croyait le défunt bien portant et sa vie assurée. Un médecin qui examina le défunt au mois de février de la même année, déclara qu'à son avis la poitrine du défunt était bonne, et qu'il le considérait comme « une très-bonne vie ». Deux médecins furent appelés par les défendeurs et déposèrent que le défunt avait craché du sang avant de contracter l'assurance et qu'il avait présenté, en 1840, des symptômes très-marqués de consomption, d'où l'on concluait que la consomption avait dû exister à l'époque de l'assurance. Il était évident qu'il y avait une disposition générale à la phthisie dans la famille. Le père en était mort, et sans nul doute, l'assuré en était mort en décembre 1843, trois ans et demi après que la police avait été faite. Les deux affirmations étaient donc en présence, mais l'existence de la maladie à l'époque de l'assurance n'était pas prouvée, ce n'était qu'une présomption ; le jury rendit son verdict en faveur du demandeur. Il y eut un second et un troisième procès, sous le prétexte que l'instruction avait

été mal dirigée par les juges ; mais dans les deux cas, le verdict fut de nouveau rendu en faveur du demandeur. Il est très-probable que les germes de la phthisie existaient chez l'assuré ; mais à moins qu'il n'y en eût quelques preuves claires et évidentes, on ne pouvait rien démontrer. S'il suffisait d'avoir des preuves inductives de ce genre, pour annuler un contrat d'assurances, on pourrait disputer facilement et avec succès le payement de la plupart des polices. Si le défunt était mort peu de temps après l'assurance, il y aurait eu plus de probabilité en faveur du point de vue adopté par la Compagnie ; mais il vécut encore près de quatre ans, et il suit de là que, si les symptômes avaient existé réellement à l'époque de l'assurance (faits dont il n'y avait pas de preuve directe puisque le médecin de la Compagnie avait donné un certificat en faveur de la vie), la maladie eût été d'un genre essentiellement chronique.

Dans une affaire où une hernie étranglée fut la cause de la mort, le défunt avait assuré sa vie d'après sa propre déclaration et d'après un certificat médical. Il mourut environ treize mois après, des suites de l'opération d'une hernie étranglée. Le médecin qui avait signé le certificat déclara dans le procès que le défunt n'avait jamais eu de hernie et qu'il ne l'avait jamais soigné pour cette maladie. Cependant on produisit une lettre dans laquelle le médecin avait admis chez le défunt l'existence d'une hernie quatre mois avant sa mort. Le médecin nia la vérité de cette déclaration et affirma que la tumeur qu'il avait réduite par le taxis était un varicocèle. La question était de savoir si la hernie avait existé ou non, et si elle avait été dissimulée aux assureurs à l'époque où l'assurance avait été contractée. Les paroles consignées dans la lettre reportaient la période où l'existence de la hernie avait été alléguée, à cinq mois après la délivrance du certificat, et le défunt avait positivement relaté dans la déclaration qu'il n'était pas et n'avait jamais

été affecté de hernie; le certificat médical avait la même teneur. Un médecin vint déposer qu'il avait été consulté par le défunt et qu'il l'avait trouvé souffrant d'une hernie irréductible cinq mois avant l'époque de l'assurance. Ce praticien déclara qu'il avait alors prévenu le défunt qu'il avait une hernie inguinale, il essaya de la réduire, mais il ne put y réussir. Ces faits, prétendait-on, n'avaient pas été exposés aux assureurs à l'époque de l'assurance; d'autre part, deux médecins, y compris l'opérateur, pensaient que la hernie était tout à fait récente. L'opérateur n'avait pas trouvé d'adhérences et il n'y avait rien eu qui pût le conduire à supposer que la hernie datât de quatorze mois. Il était donc évident que le témoin qui, dans sa déposition, avait affirmé l'existence d'une hernie inguinale avant l'assurance, avait pu se tromper dans son diagnostic et avoir confondu un hydrocèle ou un varicocèle avec une hernie; mais, en admettant qu'il en fût ainsi, l'existence de n'importe quelle tumeur à pareille place n'eût pas dû être dissimulée à la Compagnie ou à son médecin. Le jury déclara dans son verdict qu'il n'y avait pas eu fraude, mais que le défunt avait une hernie à l'époque où il avait contracté l'assurance. On accorda un second procès et le verdict fut alors rendu en faveur des demandeurs.

Si, dans n'importe quelle circonstance, un jury trouvait qu'il y eût dissimulation réelle, la conséquence légale serait l'annulation de la police. Il n'est pas du tout nécessaire que la personne meure de la maladie dissimulée. Cette règle fut établie par lord Tenterden dans l'affaire d'un certain *colonel Lynn*. Le colonel avait assuré sa vie par deux polices, en mai et juin 1823; il mourut d'une fièvre rémittente bilieuse au mois d'octobre de la même année. Le payement fut refusé sous le prétexte qu'il y avait eu faux exposé ou dissimulation de la maladie. Le colonel Lynn avait donné à l'assurance un certificat de sa santé provenant d'un méde-

cin qui ne l'avait pas soigné depuis trois ans. Les réponses aux questions imprimées étaient qu'il n'avait pas eu d'autre médecin et qu'il n'avait jamais eu « de maladies sérieuses ». Le médecin auquel il en avait référé avait certifié que sa vie était assurable, et la police avait été faite. On put prouver cependant que le défunt avait été soigné par deux autres praticiens, aux mois de février et avril 1823, pour hépatite, fièvre et transport au cerveau. L'un de ces médecins employa un traitement très-énergique; il considérait le défunt comme étant dans un état dangereux et n'aurait pas voulu affirmer qu'il fût en santé avant la fin du mois de mai 1823. Tout le monde s'accordait à dire que le défunt n'était pas mort de la maladie pour laquelle il avait été ainsi soigné. Lord Tenterden déclara qu'à son avis un homme qui s'en rapportait à un praticien parce qu'il pourrait dire du bien de sa santé et ne s'en rapportait pas à d'autres parce qu'ils n'en diraient pas de bien, méritait que la police fût annulée, même s'il ne mourait pas de la maladie dont il était affecté alors. Le verdict fut donc rendu en faveur des défendeurs.

La méthode de s'en rapporter à des médecins que l'on n'aurait consultés que récemment est assez fréquente. L'opinion du médecin habituel pourrait être défavorable, ou bien il pourrait témoigner de l'existence d'habitudes qui empêcheraient la vie d'être assurée ou qui la feraient assurer à une prime très-élevée. Cependant ce manque de loyauté n'arrive pas à son but; il y a un procès très-coûteux et la police est d'ordinaire annulée par la justice. L'affaire de Wilshere contre Brown, jugée par-devant lord Albinger à l'Échiquier en décembre 1842, et celle de Palmer et Fish contre Irving plaidée devant les assises d'été du comté de Norwich en fournissent des exemples. Dans le second cas, le défunt avait affirmé qu'il n'avait jamais eu de médecin. Sa vie fut assurée pour une forte somme le 21 novem-

bre 1842 et il mourut le 5 décembre suivant; il y avait lieu de croire qu'il était mort d'une phlegmasie pulmonaire, mais il fut prouvé qu'il y avait eu des symptômes de phthisie et qu'il avait été soigné par trois médecins peu avant de contracter son assurance; c'était une dissimulation et la police fut annulée pour cause de fraude.

Une singulière affaire fut jugée à Glascow, en 1837; on y suivit une marche inverse de celle que suivent les Anglais en pareil cas. La Compagnie d'assurances intenta un procès aux représentants de l'assuré dans le but de savoir si la police n'avait pas été obtenue par quelque dissimulation ou faux exposé de la maladie. Le 10 décembre 1833 avait été contractée une assurance sur la vie de madame Ralston; sa propre déclaration portait qu'elle était en bonne santé et n'avait aucune indisposition ni maladie tendant à abréger la vie. Elle s'en rapporta à son médecin habituel, qui certifia qu'il la connaissait depuis dix ans et lui donnait les soins de sa profession, qu'elle avait été pour la dernière fois malade au mois de septembre 1833, « que son indisposition était des aigreurs d'estomac », que jamais, à sa connaissance, elle n'avait eu aucune maladie de nature à avoir une influence générale sur sa santé; qu'elle était alors (30 novembre 1833) parfaitement bien portante et qu'elle n'était sujette ni à des convulsions ni à aucune affection du cerveau, si ce n'est quelquefois à de légers maux de tête provenant des aigreurs de l'estomac; il ne connaissait aucune circonstance dans ses occupations ou son genre de vie qui pût tendre à altérer sa santé ou à abréger sa vie. Madame Ralston mourut d'apoplexie, le 3 septembre 1834, neuf mois après la signature de la police. La Compagnie allait en payer le montant, lorsqu'un procès fut intenté par le médecin contre les exécuteurs testamentaires de la défunte pour le payement de 162 livres (4050 fr.) pour soins médicaux donnés à madame Ralston, depuis le 15 septembre 1833 (deux mois avant la

date de la police) jusqu'au 4 juin 1834. Les arbitres accordèrent au demandeur 145 livres (3625 fr.). On fit apporter ses livres et l'on vit alors que depuis le 19 septembre jusqu'au 3 décembre 1833 (date de la proposition d'assurance) il lui avait fait trente-cinq visites médicales, la plupart de longue durée. Son journal prouva en outre qu'elle avait été fréquemment saignée, que sa tête avait été rasée, qu'on y avait mis des vésicatoires et qu'on lui avait appliqué des sangsues sur les tempes. Elle avait de même été saignée constamment après l'assurance, et dans les premiers mois de 1834 elle avait eu plusieurs attaques d'épilepsie. Trois témoins médicaux déposèrent que la déclaration de la défunte et les certificats donnés par son médecin n'avaient pas révélé l'état véritable de sa santé, qu'il y avait eu faux exposé ou dissimulation de faits matériels. Ce fut aussi l'opinion du juge et le verdict fut rendu en faveur de la Compagnie. Quoique la maladie antérieure à l'assurance pût très-bien n'avoir eu aucun rapport avec la mort par apoplexie, il fut décidé que les assureurs eussent dû en être informés.

Parmi les maladies dont la dissimulation occasionne le plus souvent des procès au sujet des polices, on peut citer la goutte, l'hydropisie, la paralysie, l'épilepsie, l'hémoptysie, les débuts de la phthisie, le *delirium tremens;* on pourrait y ajouter l'ivrognerie, l'intempérance et les habitudes irrégulières.

Habitudes d'intempérance. — Dans un grand nombre de cas, le payement des polices est refusé pour cause d'ivrognerie cachée et d'intempérance en général. Il y a quelques difficultés dans ces cas-là, parce que les médecins peuvent avoir des opinions différentes touchant les effets que ces habitudes exercent sur la santé, et le degré jusque auquel on peut les porter sans avoir rien à craindre. Une chose cependant est certaine : quelle que soit notre opinion de leur

effet sur la santé, nous sommes tenus, lorsqu'elles nous sont connues, de déclarer qu'elles existent et de mettre ainsi la Compagnie hors d'état de discuter une police sous ce prétexte. Par suite de la dissimulation fréquente d'habitudes de ce genre, quelques Compagnies ont adopté le système d'en faire une question spéciale à laquelle elles voudraient toujours voir donner une réponse clairement affirmative ou négative : « Êtes-vous et avez-vous toujours été d'habitudes tempérantes? »

Lorsqu'on allègue l'intempérance, nous trouvons non-seulement les opinions médicales en conflit, mais encore beaucoup de contradictions parmi les témoins. Il devient alors une question de savoir ce que c'est que l'intempérance. La réponse y est faite d'après les idées particulières de chaque témoin.

Une affaire qui fut jugée à Exeter aux assises du printemps, en 1832 (Southcomb contre Merriman), montrera la difficulté d'arriver à la vérité. Le payement d'une police était refusé par une Compagnie pour cause d'habitude d'intempérance dissimulée. Lors du procès, les représentants de l'assuré appelèrent douze témoins pour prouver que le défunt avait été un homme très-tempérant, tandis que la Compagnie en eut vingt et un pour démontrer qu'il était habituellement intempérant. Un des témoins pour la tempérance (du côté des demandeurs) définissait l'ivrognerie « l'état où un homme a perdu sa raison, ne peut donner une réponse convenable, n'est pas capable de vaquer à ses affaires, a perdu l'usage de ses jambes et où l'on est forcé de le porter chez lui ». Il admettait que le défunt avait à l'occasion bu sans interruption pendant trois ou quatre jours, mais c'était un fait très-rare. Le médecin qui avait donné le certificat déclara que la vie du défunt était très-bonne à assurer et qu'il le considérait comme d'habitudes sobres et tempérantes. Il n'avait pas cru devoir informer la

Compagnie de débauches accidentelles, parce qu'il ne pensait pas que l'habitude de boire pût exercer quelque influence sur la santé. Plusieurs témoins prouvèrent que le défunt buvait des quantités énormes de bière et qu'il en fallait une grande quantité pour l'enivrer.

L'assurance fut faite au mois d'octobre 1839 et l'assuré mourut en avril 1841, d'une inflammation des poumons; mais, d'après l'opinion des témoins médicaux, cela ne provenait pas d'excès de boisson. Nonobstant la dissimulation de ces faits, le jury rendit un verdict qui condamnait la Compagnie à payer le montant entier de la police qu'on réclamait, mais plus tard on obtint l'autorisation pour un nouveau procès. Ce cas montre combien les vues que l'on a sur les questions médicales d'assurances sur la vie sont fausses et dangereuses. Dans un cas comme celui-ci il était évidemment du devoir du médecin de mentionner ces habitudes d'intempérance. Il eût pu, s'il eût voulu, ajouter au certificat qu'à son avis elles n'affectaient pas la santé de la personne, mais les défendeurs qui devaient courir le risque auraient été mis en état de se former à eux-mêmes leur jugement.

Dans le cas de M. H. G. Talbot (Craig contre Fenn, décembre 1841), où aucune réponse n'avait été faite à la question si le défunt était d'habitudes tranquilles et tempérantes et où en conséquence la Compagnie avait demandé une prime plus élevée, le jury rendit un verdict en faveur de la Compagnie, parce que la condition réelle de l'assuré n'avait pas été portée à la connaissance des assureurs à l'époque où l'assurance avait été faite.

Dans l'affaire de Hutton contre l'association sur la vie *Waterloo* (décembre 1859), un procès fut intenté par une veuve pour le recouvrement de 2500 livres (62 500 fr.), montant d'une police faite en avril 1854 sur la vie de son mari. Le payement fut refusé, par la raison que les réponses écri-

tes faites par le défunt aux questions posées par la Compagnie étaient fausses, et que par conséquent le contrat qui reposait sur elles était annulé. Une des questions était : s'il était sujet au *delirium tremens* ou à toute autre maladie ayant pour effet d'abréger la vie ; il y avait répondu négativement. Une autre, celle de savoir s'il était d'habitudes sobres et tempérantes; il y avait répondu affirmativement. Une troisième demandait le nom et la demeure de son médecin habituel pour être renseigné par lui sur l'état présent et général de sa santé. A quoi il répondit : « Docteur Cobb. » Il s'agissait maintenant de savoir si ces réponses étaient vraies. Le procès avait déjà été une fois jugé et le demandeur obtint un verdict; mais la cour autorisa un second procès, par la raison que le jury n'avait pas rendu de verdict.

Dans cette affaire il fut prouvé, au point de vue médical et général, que le défunt était d'habitudes intempérantes, qu'en mai 1854 il avait eu le *delirium tremens*, maladie de laquelle il mourut en 1856; de plus, que le docteur Cobb, auquel il adressait comme à son médecin habituel, ne l'avait pas soigné depuis 1851, et que depuis cette date jusqu'à celle de l'assurance il avait été soigné par un autre médecin, à qui il n'avait pas adressé la Compagnie, quoique ce fût son médecin habituel. Le jury décida en faveur des défendeurs sur les points principaux. Ce cas présentait deux traits curieux : 1° le témoignage médical prouvait que la première attaque de *delirium tremens* était survenue le 11 mai, après le contrat d'assurance, et 2° le médecin du défunt et le médecin de la Compagnie différaient beaucoup d'avis sur l'état sanitaire du défunt à l'époque ou à peu près où l'assurance avait été faite. Le médecin du défunt, témoin cité par la Compagnie, déclara dans sa déposition qu'il l'avait soigné dans une attaque de *delirium tremens*, le 11 mai, puis de nouveau le 28 mai 1854. Ces deux attaques

provenaient d'excès de boisson. Le rapport fait à la Compagnie par son propre médecin et daté du 22 mai 1854 donnait cependant une opinion très-favorable de la santé du défunt et le décrivait comme « une vie de premier ordre ». Dans les preuves qu'il apporta lors du procès, ce médecin déclara qu'il n'avait rien observé alors qui pût indiquer le *delirium tremens* ou des habitudes d'ivrognerie. Le défunt offrait l'image d'une santé parfaite. Cette divergence sérieuse ne put être atténuée par une seconde audition des témoins. La dissimulation d'habitudes d'intempérance fut clairement prouvée et ce fut là probablement ce qui décida le verdict du jury.

Des questions d'une nature semblable s'élevèrent dans le procès de Wheelton contre Hurdisty (Banc de la Reine, décembre 1856). Il avait été fait une assurance pour une somme très-élevée sur la vie d'un M. Jodrell; le payement de la police fut mis en discussion, sous le prétexte qu'il y avait eu dissimulation d'habitudes d'intempérance et que le *delirium tremens* existait à l'époque où l'assurance avait été faite. Le jury déclara qu'il y avait eu dissimulation et faux exposé de la maladie.

Un des cas les plus singuliers de cette nature, pour les contradictions médicales auxquelles il donna lieu, fut l'affaire de Rawlings contre Desborough, jugée par lord Denman, en décembre 1837. La principale question était de savoir si un M. John Cochrane, dont la vie avait été assurée, avait, oui ou non, des habitudes d'intempérance à l'époque de l'assurance et auparavant. Un certificat médical lui avait été donné pour prouver qu'il était tempérant. Cependant il était évident, au point de vue tant médical que général, que c'était un grand buveur. Un des témoins du défendeur déclara que « le défunt ne lui avait jamais paru boire assez pour se griser, qu'il ne l'avait vu ivre que cinquante ou soixante fois en quatre ans; enfin, que sa santé ne paraissait

pas altérée par ce qu'il buvait ». Son groom déclara qu'il avait vu son maître gris environ une centaine de fois, mais non pas ivre-mort. Feu M. Travers avait examiné le défunt pour une Compagnie, et d'après ce qu'il avait vu, son avis était qu'on ne devait pas accepter la vie de cet homme. Il le considérait comme atteint de *delirium tremens*. Une observation faite par ce témoin et digne de remarque pour un praticien qui a des personnes à examiner pour une Compagnie d'assurances, c'est celle-ci : un homme peut avoir été intempérant pendant quelque temps et cependant présenter une apparence qui pourrait induire un observateur ordinaire à penser qu'il est dans la plénitude de la santé, tandis qu'il est capable d'avoir une attaque d'un moment à l'autre. Nonobstant des preuves assez fortes d'habitudes d'intempérance à une période antérieure à la date de l'assurance, le jury rendit un verdict pour les demandeurs, mais bientôt après on demanda un nouveau procès. Lord Deuman fit observer à cette occasion qu'à son avis la vraie signification de la *dissimulation matérielle* n'était pas que la personne dont la vie devait être assurée fût obligée de relater toutes les circonstances qu'on pourrait, après la mort, considérer comme de nature à affecter la vie. D'après lui, l'intention réelle de cette expression est que l'assuré doit se soumettre à un examen approfondi, qu'il est tenu de ne rien dire contre la vérité et de répondre sincèrement à toutes les questions. S'il refuse de répondre, la Compagnie peut agir en conséquence, et si sa réponse est fausse il ne retirera aucun bénéfice de ses allégations mensongères.

En février 1840 se plaida un procès par-devant M. Tindal (Pole contre Rogers) relatif à une police d'assurances sur la vie de M. Peter Cochrane, frère de M. John Cochrane, mentionné ci-dessus. L'assurance avait été faite en 1834. L'assuré mourut l'année suivante d'un hydrothorax produit, comme l'alléguaient les défendeurs, par de grandes habi-

tudes d'intempérance dont on leur avait caché l'existence. Il y avait autant de divergence, au point de vue général et médical, que dans le cas précédent, et l'affaire devenait une question de crédibilité. Le jury rendit, en faveur des demandeurs, un verdict d'après lequel il niait l'existence de l'intempérance, ou bien, dans le cas où elle aurait existé, il en considérait la dissimulation comme peu importante.

Ce cas est digne de remarque, parce qu'il implique une nouvelle question de jurisprudence médicale, à savoir: si nous devons considérer les effets *prochains* ou *éloignés* des habitudes d'intempérance sur le corps. Le solliciteur général qui parut dans l'affaire pour les demandeurs (les représentants de l'assuré) prétendit que ces expressions: « habitudes préjudiciables à la santé » étaient trop vagues. Fallait-il regarder cette phrase comme absolue ou comme relative? Il semblait faire reposer toute la question sur le fait que l'intempérance n'existait qu'à un certain degré dans le cas présent; mais il prétendait que des habitudes qui n'étaient pas du tout préjudiciables à la santé de telle personne pouvaient parfaitement faire mourir telle autre. Ainsi c'est une habitude très-commune de se coucher tard, elle peut être très-nuisible à la santé de quelques personnes et ne l'être pas du tout pour d'autres. Cette condition, d'après lui, est si vague, qu'elle permet à une Compagnie de contester le payement de n'importe quelle police, à moins que la signification de ces mots ne soit restreinte dans des limites bien définies. Le jury est obligé de voir si les prétendues habitudes d'intempérance ont existé depuis longtemps sans causer aucun mal; il lui faut examiner tout l'ensemble des habitudes de la personne, et voir si les effets de l'une ne sont pas contre-balancés par ceux d'une autre. L'assuré était un homme d'habitudes très-actives, et c'est pourquoi les excès de boisson ne lui faisaient pas le mal qu'ils eussent fait à une personne sédentaire.

Ce raisonnement ingénieux mais sophistique implique une question médicale importante. On sait bien que le mot *intempérance* est un terme relatif et peut être employé différemment par différents médecins experts; mais la question réelle, abstraction faite de tout sophisme, est celle-ci : une personne peut-elle faire un usage excessif de boissons alcooliques, sans que cette habitude amène tôt ou tard quelque altération de sa santé en produisant des désordres dans l'estomac ou dans le foie, et en affectant d'une manière secondaire différents organes? Il se peut que les effets de telles habitudes ne se montrent pas immédiatement, mais la Compagnie demande à être informée si elles existent ou non, et il ne lui suffit pas de les connaître à la période où elles affectent visiblement la santé et engendrent quelque maladie fatale. Prétendre qu'un homme peut être adonné à des excès de boisson, sans altérer sa santé, c'est contredire l'expérience générale. Il n'existe pas de compensation comme celle que le solliciteur général supposait dans ce cas. Il se peut qu'un homme s'habitue à l'intempérance, qu'il devienne capable de boire un liquide alcoolique en grande quantité, sans qu'à l'époque même cela paraisse exercer une action délétère, mais il en résultera tôt ou tard un dérangement de l'économie et probablement le *delirium tremens* et l'hydropisie surviendront. Une bonne constitution naturelle peut rendre un homme capable de résister à ces pernicieux effets pendant un certain temps, mais finalement ils se montreront dans une maladie de n'importe quelle forme; dans le cas de ces deux frères, le résultat de leur intempérance se montre dans la mort prématurée de tous deux. Il est malheureux qu'il ne soit pas possible de jeter quelque lumière sur de tels cas au moyen de la pathologie. Les autopsies ne se font pas toujours dans les cas pareils, car la mort étant, comme on dit, naturelle, on ne juge pas nécessaire ordinairement d'examiner le corps; et

cependant l'état du foie ou d'autres organes pourrait facilement, comme dans les exemples cités plus haut, écarter la difficulté qui résulte des témoignages contradictoires touchant les habitudes du défunt.

Dans tous les cas où une police est contestée, on agit uniformément d'après un principe important: ceux qui refusent de payer sont tenus de prouver ce qu'ils avancent d'une manière claire et évidente. Une cour ne se guidera jamais d'après des probabilités ou des conjectures; l'évidence doit être complète. C'est pour cela que bien des procès ne peuvent être poursuivis, parce que la médecine ne peut prouver autre chose, sinon que les maladies ou habitudes particulières existaient probablement à l'époque de l'assurance. Si l'on prouve que la maladie ou les habitudes ont existé certainement, l'évidence manque encore lorsqu'on ne peut démontrer que la dissimulation était volontaire ou qu'elle a pu voir une grande importance.

Il y a beaucoup d'instruction à tirer de ces cas contestés d'assurances sur la vie; ils montrent souvent la manière imparfaite dont on prend les observations médicales touchant la santé ou la maladie, et prouvent que le traitement médical des personnes dont la vie est assurée peut devenir une question importante dans le cas où une police est contestée. Dans l'affaire de Chattock contre Shawe pour une assurance sur la vie du colonel Greswold, il s'éleva une question, non-seulement à propos de la dissimulation d'intempérance, mais à propos de la dissimulation du *delirium tremens*, que révélaient, au dire des assureurs, l'examen de l'écriture du défunt aussi bien que des renseignements donnés par des témoins non médecins. On ne savait pas même ce qui avait causé la mort du défunt. D'après un des hommes de l'art, c'était une complication de choléra asiatique, de phrénitis et d'épilepsie. Il fut prouvé que plus de trois ans avant le contrat d'assurance ce gentleman avait

fait une chute, qu'après cela il avait eu une attaque, que les uns considéraient comme épileptique et les autres comme provenant d'un ébranlement du cerveau. L'existence de l'épilepsie et de l'intempérance avant l'époque de l'assurance ne put être prouvée de manière à satisfaire le jury qui rendit son verdict en faveur des représentants de l'assuré.

Dans l'affaire de Walters contre Barker, jugée aux assises d'été de Monmouth, 1844, le défunt avait assuré sa vie à l'âge de soixante ans, le 4 mai 1841. Il mourut au mois d'août de la même année; la Compagnie prétendit que la cause de la mort était une attaque de paralysie qui avait existé, prétendait-on, à une période bien antérieure de la vie de l'assuré. D'aucun côté on ne put donner de preuves médicales; il y avait simplement une présomption que la mort aurait pu provenir de paralysie. Le verdict fut donc rendu pour les demandeurs.

[C'est aux faits de cet ordre que pourrait être comparé celui qui a fait l'objet du remarquable mémoire de Marc, publié sous le titre de *Commentaire médico-légal sur l'article* 1975 *du Code civil* (1). Cet article annule tout contrat de rente viagère créée sur la tête d'une personne atteinte de la maladie dont elle est décédée dans les vingt jours de la date du contrat. Les principes qui régissent les assurances sur la vie sont assurément fort différents de ceux qui président à la constitution des rentes viagères. Mais si les intérêts des contractants sont autres, la constatation des faits médicaux dans les deux cas n'est pas moins importante et repose sur les mêmes bases. Le fait de Marc, dans lequel la médecine légale a joué un très-grand rôle, a donné lieu à de nombreuses consultations (2) émanées des hommes

(1) *Ann. d'hygiène publique et de méd. lég.*, t. III, p. 161.

(2) Docteur Ristelhuber, *Rapports et consultations de médecine légale.*

les plus éminents des trois facultés, Coze et Tourdes, de Strasbourg; Baumes, Vigarous et Delpech, de Montpellier; Chaussier, Desgenettes, Marc et Renauldin, de Paris. Il s'agissait de savoir si un individu hémiplégique depuis dix ans à la suite d'une première attaque d'apoplexie, et qui succombe à une dernière attaque deux jours après avoir passé un contrat de rente, doit être considéré comme déjà atteint le jour de la passation de l'acte de la maladie à laquelle il a succombé; ou, en d'autres termes, si l'hémiplégie qui existait depuis dix ans et l'attaque d'apoplexie qui l'a fait périr ne forment qu'une seule et même maladie.

Bien qu'en matière d'assurances sur la vie les conditions antérieures de santé soient examinées soigneusement et forment en général la base du contrat, il ne serait pas impossible que la question se posât dans les mêmes termes que dans le fait précité, à l'occasion notamment d'une dissimulation supposée. Je n'hésiterais pas pour ma part à la résoudre dans le même sens que Marc, c'est-à-dire en soutenant que l'attaque ou les attaques antérieures suivies ou non d'hémiplégie constituent une prédisposition morbide dont il faut toujours tenir grand compte, mais que l'attaque mortelle est une maladie qui n'existait pas au moment où le contrat a été passé.]

Habitudes d'abstinence ou d'alimentation exclusivement systématique. — Nous avons déjà considéré les effets des habitudes d'intempérance et la nécessité lorsqu'elles sont connues d'en constater l'existence dans un certificat. Mais il y a d'autres habitudes qui peuvent abréger la vie, quoique d'une manière moins apparente. Les principes dits de tempérance exercent et ont souvent exercé une grande influence. Il y a beaucoup de personnes qui après avoir mené joyeuse vie ont plus tard adopté le principe que l'eau et une nourriture végétale suffisent pour soutenir la vie. Ce

changement soudain, surtout chez des personnes avancées en âge, peut très-bien affecter leur constitution, et s'il n'engendre pas de maladie, affaiblir cependant la force vitale au point de rendre sérieux les accidents et les indispositions les plus légers. Je puis citer l'exemple d'un gentleman qui avait eu l'habitude de se nourrir parfaitement bien en usant modérément des alcooliques et qui adopta soudain le système de vivre d'eau et d'aliments végétaux. Ses forces diminuèrent d'une manière très-apparente et il perdit sa santé première. L'année suivante, il se fit une entorse légère au cou-de-pied. Il s'ensuivit une inflammation qui, en dépit du meilleur traitement, prit un mauvais caractère. La jointure commença à suppurer; on fut obligé de lui faire l'amputation de la jambe, et, malgré l'adoption d'un régime meilleur, il ne recouvra jamais toute sa force vitale. La réunion des lèvres de la blessure ne put s'opérer et il finit par mourir d'épuisement. Il ne saurait y avoir de doute que ces changements soudains dans la manière de vivre puissent altérer la santé et affecter d'une manière grave la durée probable de la vie. C'est pourquoi il est de notre devoir de chercher et de relater tous les faits de cette nature lorsqu'ils arrivent à notre connaissance.

Dans l'affaire de Huntley contre la Compagnie d'assurances de Saint-Georges (assises d'automne de Newcastle, 1858) un médecin assura sa vie pour la somme de 2000 livres (50 000 fr.), et quoiqu'il eût certifié qu'il était en bonne santé et que d'après toutes les apparences il en fût ainsi, il mourut de la maladie de Bright, trois mois après avoir contracté l'assurance; il avait en outre une maladie de cœur. A l'époque où il avait contracté l'assurance, il avait répondu négativement aux questions qui demandaient s'il était atteint de l'une ou de l'autre de ces maladies. On prétendit que, comme médecin, il devait avoir eu connaissance qu'il en était atteint, et qu'il les avait volontairement

cachées. On prouva que le défunt s'était mis au régime végétal, et cela fut considéré comme la cause du déclin rapide de sa santé. Le jury rendit un verdict en faveur du demandeur, et le juge (chief Baron) engagea les Compagnies à mettre désormais parmi les questions : Êtes-vous au régime végétal ?

Habitude de manger de l'opium. — Il y a une autre habitude qu'on dit assez commune et dont la dissimulation a donné lieu, il y a quelques années, à un très-grand procès. Je veux parler de l'habitude de manger de l'opium.

En 1826, le comte de Mar contracta une assurance sur la vie, et mourut deux ans après, en 1828, de jaunisse et d'hydropisie à l'âge de cinquante-sept ans. La Compagnie d'assurances refusa de payer le montant de la police en alléguant qu'à l'époque de l'assurance et même quelque temps auparavant le comte était un mangeur d'opium. Cette habitude avait été cachée aux assureurs; et l'on alléguait de plus qu'elle tendait à abréger la vie. Il fut clairement prouvé que jusqu'à l'époque de sa mort il avait été un mangeur d'opium. D'après le docteur Christison, le défunt avait pris du laudanum déjà trente ans auparavant, quelquefois jusqu'à la dose de 2 ou 3 onces (60 à 80 gr.) par jour, en en prenant une cuillerée à la fois. Il était sujet aux rhumatismes et vivait un peu trop bien. Plusieurs personnes qui le voyaient beaucoup et plusieurs de ses amis intimes déposèrent que jusqu'en 1826, époque de l'assurance, il était d'un caractère très-gai et jouissait de toutes ses facultés. Quelques-uns d'entre eux avouèrent avoir remarqué alors dans ses habitudes un changement qu'ils attribuèrent à la mauvaise fortune qui l'atteignit. En 1825, le docteur Abercrombie le trouva affaibli, débile, mais sans aucun mal défini. La question principale dans le procès était de savoir si l'opium pouvait abréger la vie, car c'était de là que dépendait la question de savoir si la dissi-

mulation de cette habitude à la Compagnie était ou n'était pas importante.

Les docteurs Christison, Alison, Abercrombie et Duncan furent consultés de la part de la Compagnie, et quoiqu'ils émissent l'opinion que l'opium avait une tendance à abréger la vie, ils ne purent fournir aucun exemple pour la confirmer. Leur opinion était fondée, non sur leur expérience personnelle, mais sur les effets généraux de l'opium, effets qui se manifestent par son action sur le cerveau, par le désordre qu'il produit dans les organes digestifs, par l'amaigrissement et l'apparence de fatigue qu'il communique à la personne. Dans la plupart des exemples qu'ils réunirent, il n'était pas évident que la vie eût été abrégée par cette habitude. Au contraire, bien des individus l'avaient eue pendant nombre d'années et étaient arrivés à un âge assez avancé. Le jury rendit un verdict pour les demandeurs, non pas par la raison que cette habitude était innocente, ni parce que la dissimulation n'existait pas, mais à cause de ce point technique que les assureurs n'avaient pas fait les questions usuelles et détaillées sur les habitudes de l'assuré, et c'est pourquoi ils furent considérés comme ayant pris sur eux le risque de leur propre négligence. Il paraît que la question générale touchant les habitudes n'avait pas reçu de réponse de la part du médecin; on en conclut que la Compagnie ne s'était guère inquiétée de les connaître. On permit un nouveau procès pour cause de mauvaise direction, mais l'affaire fut arrangée par un compromis.

On voit par là que dans ce cas il ne fut pris aucune décision sur cette question importante, qui probablement s'élèvera de nouveau. C'est pourquoi il est désirable d'examiner quelques-uns des faits qui se rattachent à l'habitude de manger de l'opium, pour savoir, si c'est possible, jusqu'à quel point elle tend réellement à abréger la vie. Dans le cas du comte de Mar, il paraîtrait que cette habitude n'a pas

pour effet d'abréger la vie, puisqu'il la conserva pendant trente ans, et que, pendant vingt-huit ans, il n'en était résulté aucun effet désastreux, d'après le témoignage de ses amis.

Plus tard, le docteur Christison arriva à recueillir de différents côtés jusqu'à vingt-cinq exemples qui montrent que l'opium pris en grande quantité, et même pendant quarante ans de suite, n'avait produit aucun effet appréciable sur la santé. A la Société médicale de Londres, le docteur Clutterbuck cita l'exemple d'une femme qui, pendant sept ans, avait pris 2 scrupules (40 grains ou $2^{gr},6$) d'opium solide par jour. Elle était âgée de cinquante-quatre ans, avait mené une vie régulière et avait commencé à prendre de l'opium pour atténuer des douleurs rhumatismales. La dose ne fut pas augmentée et les mauvais effets habituels de l'opium (constipation, nausées, anorexie) ne parurent pas. Quoiqu'elle n'accrût pas la dose, la diminution d'un grain dans la quantité d'opium habituelle avait des effets très-marqués. Elle les sentait immédiatement. Les autorités médicales rapportent beaucoup d'exemples semblables, qui montrent que l'habitude de manger de l'opium n'a pas nécessairement cette tendance d'abréger la vie qu'on lui supposait jusqu'à présent. Il est cependant évident qu'elle exerce des effets pernicieux sur l'organisme et tend à altérer la santé. Il est possible que l'effet ne s'exerce pas dans tous les cas, excepté lorsqu'on retire le stimulant, mais ce n'est pas là la question. On pourrait, par le même principe, prouver que les alcooliques n'ont pas de tendance à abréger la vie, parce que l'on peut donner quelques centaines d'exemples dans lesquels des personnes ont été adonnées à des habitudes d'intempérance pendant des années, sans que leur santé corporelle en souffrît considérablement. Ceux qui ont été témoins des effets de l'opium en Turquie et en Chine conviennent que

cette habitude détruit promptement la santé. Le docteur Oppenheim, dans un écrit sur l'état de la médecine en Turquie, dit : « L'homme qui a l'habitude de manger de » l'opium est facilement reconnaissable; tout son corps » est amaigri, son facies est jaune et desséché, sa démarche » chancelante, son épine dorsale pliée, jusqu'à donner » parfois au corps une forme demi-circulaire, ses yeux » caves et vitreux le trahissent au premier regard, ses » organes digestifs sont très-dérangés. Le patient ne mange » presque rien et a à peine une selle par semaine. Ses forces » morales et physiques sont détruites. Lorsque l'habitude » est invétérée, les forces commencent à décroître, la né- » cessité du stimulant devient plus grande, il faut constam- » ment augmenter la dose pour produire l'effet désiré. » Lorsqu'il s'est longtemps livré à sa passion, le mangeur » d'opium souffre de névralgies auxquelles l'opium lui- » même n'apporte aucun soulagement. Ces personnes » atteignent rarement l'âge de quarante ans, si elles ont » commencé de bonne heure à manger de l'opium. » Cette description des effets de l'opium s'accorde exactement avec ce qu'enseignent la pathologie et la physiologie rationnelles. Le docteur Christison dit avoir observé que la constipation n'est pas du tout une conséquence générale de l'usage continu de l'opium, mais cela peut simplement être une exception à la règle. Quelques personnes croient que l'action de cet agent est différente dans les diverses contrées, et que les effets de l'opium, tels qu'on les a constatés en Turquie, peuvent très-bien ne pas s'appliquer à un mangeur d'opium anglais. Cependant le cas suivant, relaté par le docteur A. T. Thomson à l'hôpital du Collége de l'Université, montre que le climat a peu d'influence sur les effets de ce narcotique. E. M., âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital le 26 mai 1835. Il y avait dix-sept ans qu'elle avait commencé à souffrir dans la région iliaque

droite d'une douleur pour laquelle un médecin lui ordonna de prendre dix gouttes de laudanum soir et matin. La douleur continuant, la dose fut graduellement augmentée, et elle finit par prendre trois cuillerées à café toutes les quatre heures jour et nuit. L'effet des petites doses fut simplement de soulager la douleur, sans affecter autrement l'esprit ou le corps; mais, lorsque la dose fut augmentée, la malade en éprouva du bien-être; elle se sentait ravivée et alerte, et était capable de faire beaucoup de besogne. Elle ressentait aussi une sensation de chaleur par tout le corps. Elle avait de graves chagrins de famille, mais quand elle était sous l'influence de l'opium, elle ne s'en inquiétait nullement, tandis que dans d'autres moments, cela lui causait beaucoup de soucis. Si elle laissait passer l'heure habituelle sans prendre sa dose, elle avait dans les jointures les sensations les plus désagréables, non pas de douleur, mais d'une nature telle qu'elle ne pouvait les décrire. Elle avait des mouvements involontaires des bras, des doigts et des orteils; de l'engourdissement dans les membres et dans le corps en général; une transpiration abondante, des nausées, des vomissements et de l'anorexie. Sa salive avait un goût salé; elle avait la bouche mauvaise, du tremblement dans les membres, une grande faiblesse et un sentiment de lassitude. Sa mémoire et ses facultés intellectuelles, en général, s'altéraient, et elle manifestait un grand abattement; tous ces symptômes disparaissaient lorsqu'on répétait la dose. L'opium produisait aussi de la constipation; elle n'avait qu'une selle par semaine, et elle ne se souvient pas si c'était par l'effet du purgatif ou non. Lorsque la dose était différée, elle avait toujours un grand mal de tête; son sens olfactif était tellement altéré, que le tabac ne lui produisait aucun effet; elle avait tellement perdu le goût, qu'elle ne savait distinguer la moutarde du poivre. Son ouïe était si défectueuse, qu'elle pouvait à peine entendre la

voix de ceux qui lui parlaient; sa propre voix la blessait, tant elle lui paraissait forte; son toucher était tellement détérioré, qu'elle ne pouvait exécuter aucun ouvrage à l'aiguille. Néanmoins, la finesse de tous les sens se réveillait sous l'influence de la dose habituelle d'opium; dès qu'elle lui manquait, on le reconnaissait à la chaleur et à la rougeur du visage. Pendant la période où elle prenait de l'opium, elle dormait très-peu et, dans les intervalles, elle ne sentait pas le besoin de dormir, de sorte que, généralement, elle travaillait toute la nuit; quand elle dormait, c'était généralement le jour, mais c'était un sommeil agité et qu'on interrompait facilement. Il y a cinq à six ans, ses ressources étant épuisées, elle fut admise à l'hôpital. On y cessa le laudanum pendant les trois premiers jours, et l'on vit apparaître tous les symptômes décrits ci-dessus; ce fut alors pour la première fois qu'il lui sembla voir dans la salle les spectres les plus effrayants d'animaux et d'autres objets. Par les doses usuelles de l'opium, ces symptômes disparurent. On diminua alors successivement les doses de laudanum, et, lorsqu'elle quitta l'hôpital, elle n'en prenait plus qu'une cuillerée à café par jour. En retournant chez elle, comme elle vivait aux frais de ses parents, elle fut obligée de cesser le laudanum et le vin, et ne put se procurer de la bière. Elle était plus mal que jamais, tous les symptômes étaient revenus avec une plus grande violence, et les six premiers mois elle fut absolument incapable de rien faire. Elle avait de la douleur dans la poitrine et une toux qui ne l'a pas quittée depuis. Elle resta douze mois chez elle, avant que les symptômes mentionnés ci-dessus disparussent. Comme conséquence de l'habitude de l'opium, on observa alors : le goût très-détérioré, l'engourdissement des membres, le froid aux pieds, l'impossibilité de marcher loin sans avoir de violentes douleurs dans les jambes, et une sensation générale de lassitude.

Il est évident que ce narcotique, quand il a été administré à des enfants dans les districts manufacturiers, a gravement altéré la santé et produit une grande mortalité. Dans le rapport de M. Grainger à la commission du travail des enfants, il est constaté que le laudanum et d'autres préparations opiacées sont donnés à de jeunes enfants par doses que l'on augmente graduellement, jusqu'à ce que l'enfant parvienne à supporter quinze ou vingt gouttes de laudanum à la fois. L'enfant devient pâle et blême, les traits sont plus accentués et il meurt bientôt. La majorité de ces enfants meurt à l'âge de deux ans. Ces faits semblent montrer que le climat n'exerce aucune influence sur l'action de l'opium dans la première période de la vie, et les observations qu'on a faites jusqu'à présent ne sont pas assez nombreuses pour faire admettre l'existence de cette influence chez les adultes. Le docteur Christison a fait remarquer que beaucoup de personnes meurent jeunes, probablement par l'effet de cette habitude, sans que le secret en soit découvert, car le médecin, aussi bien que les amis intimes, peuvent l'ignorer complétement. En fin de compte, nous sommes obligés de conclure que l'habitude de manger de l'opium est nuisible à la santé et peut abréger la vie. Dans n'importe quelle proposition d'assurances sur la vie, les assureurs devraient être informés de cette habitude, si elle existe, et aucun médecin ne devrait en sanctionner la dissimulation, uniquement par la raison que beaucoup de personnes qui y étaient adonnées ont vécu pendant des années avec les apparences d'une assez bonne santé.

Une des questions faites au médecin est celle-ci : s'il connaît quelques circonstances importantes touchant la santé ou les habitudes de la personne que ne comprennent pas les autres questions du certificat ; et, s'il en est ainsi, il est prié de les mentionner. Maintenant, sans aller jusqu'à ce point de dire que la vie d'un mangeur d'opium ne

peut être assurée au taux ordinaire, c'est là un fait en lui-même assez important pour que l'on puisse demander qu'on en fasse mention dans la question ci-dessus. Cette habitude peut être et est souvent cachée au médecin. Alors l'assuré, s'il n'est pas sincère, peut exposer ses représentants à perdre tous les profits de la police. Indépendamment des faits médicaux qui peuvent appuyer les deux manières de voir, un jury serait guidé dans son verdict par l'effet produit actuellement sur la constitution de la personne qui a été adonnée à cette habitude. Si elle a continué pendant de longues années, et que rien n'indique que la santé ait, par suite, subi quelque changement notable, le jury considère le fait comme la meilleure preuve que la dissimulation n'a eu aucune portée dans ce cas particulier.

Les assureurs ne devraient pas équitablement se plaindre du verdict du comte de Mar, car il commença à manger de l'opium à vingt-sept ans et mourut à cinquante-sept ans, sans avoir ressenti aucun mal bien marqué par suite de l'usage de ce narcotique, et, dans ce cas du moins, on ne pouvait pas dire que cette habitude eût abrégé la vie. Il est rarement en notre pouvoir d'avoir un criterium meilleur ou plus pratique que celui-là dans des circonstances où les données scientifiques permettent de résoudre la question dans les deux sens. Ce cas est très-différent de celui de l'intempérance dans l'usage des boissons alcooliques. Personne ne peut douter que ces derniers excès n'aient évidemment pour résultat d'altérer la santé et d'abréger la vie. Ici, les faits ne permettent qu'une solution, et si parmi les alcoolisants on peut citer des exemples de longévité, on sait parfaitement bien que ce sont des exceptions à la règle. Les questions posées maintenant par les Compagnies d'assurances sont si explicites, qu'on doit les considérer comme comprenant l'habitude de manger de l'opium, et il ne paraît pas qu'il puisse y avoir, soit de la

part de l'assuré, soit de la part de son médecin si elle lui est connue, aucun prétexte pour ne pas consigner cette habitude.

Habitude du tabac. — L'habitude généralement répandue de fumer du tabac n'a jamais été, que je sache, regardée comme ayant une connexion quelconque avec une assurance sur la vie. Quoique des fumeurs invétérés soient sujets à des attaques de dyspepsie, à la perte des forces nerveuses et musculaires, à l'affaiblissement et à d'autres dérangements de l'organisme, il n'y a, à ma connaissance, aucune preuve que cet usage ait une tendance à abréger la vie (1). Cette habitude devrait-elle être constatée dans un certificat? Je pense que oui, si elle est connue du médecin ou si elle est très-invétérée, cela servirait au moins à prévenir des objections de la part d'une Compagnie trop exigeante. Il n'y a pas de règles sur ce point, excepté une parole de lord Mansfield : « L'assuré n'a pas besoin de mentionner ce que l'assureur devrait connaître, ce qu'il prend sur lui d'apprendre ou ce dont il néglige de s'informer. On ne doit pas se charger de fournir à l'assureur des renseignements dont la signification est douteuse. »

Aliénation mentale. — Lorsqu'on nous appelle à dire quelles sont les maladies qui ont une tendance à abréger la vie, il n'y a pas généralement de difficulté à donner une réponse, puisque le nom de la maladie, de ses effets connus sur le corps, le degré de mortalité qu'elle produit, et son incurabilité, sont des données d'après lesquelles on peut facilement exprimer une opinion médicale. Il y a

(1) Il y a certainement sur ce point quelques réserves à faire. Il n'est pas un médecin qui n'ait vu des cas où l'usage immodéré du tabac a très-certainement abrégé l'existence. Mais la conclusion générale de Taylor reste parfaitement fondée et je m'y associe complétement.

quelques maladies cependant au sujet desquelles il n'est pas si facile de donner une réponse; et parmi celles-ci on doit mentionner l'aliénation mentale qui a déjà donné lieu à une discussion devant une cour de justice. Le traitement de cette maladie ne rentre pas dans la thérapeutique habituelle. Il y a certainement peu de médecins qui aient étudié les détails statistiques qui la concernent. Il faudra donc tenir compte de ce fait pour la décision prise dans le cas suivant.

En 1835 se plaide devant les assises d'York un procès dans lequel la question était de savoir si l'aliénation mentale avait ou non une tendance à abréger la vie. Les représentants d'un ecclésiastique intentèrent un procès à la Compagnie d'assurances *la Providence*, pour recouvrer le montant d'une police effectuée sur la vie d'un gentleman; mais la Compagnie refusa de payer, parce que la personne avait été aliénée et qu'on lui avait caché ce point quand la police avait été faite. Plusieurs médecins furent appelés à donner leur avis à cette occasion. L'un prétendait que l'aliénation avait une tendance à abréger la vie; l'autre, qu'elle n'en avait pas; un troisième, qui admettait que le défunt avait été atteint d'aliénation, ne pensait pas que son état mental avait été tel qu'il eût pu abréger sa vie. Le juge chargea le jury de décider si l'aliénation mentale avait une tendance à abréger la vie; car, dans ce cas, la dissimulation en eût été importante. Si l'aliénation avait cette tendance, ils décidaient en faveur du défendeur; si non, en faveur du demandeur, par la raison que l'aliénation n'avait pas de tendance à abréger la vie, et que la dissimulation de la folie n'avait aucune portée.

Il n'y a probablement aucun cas qui montre plus clairement la nécessité, dans ces sortes d'affaires, de preuves médicales bien évidentes. La décision du jury était contraire à toute expérience médicale bien entendue, et se

trouvait être une méprise complète. Les recherches d'Esquirol, de Farr et d'autres montrent que l'aliénation a une tendance bien décidée à abréger la vie. Les Compagnies d'assurances le savent si bien, qu'elles font maintenant de l'existence ou de la non-existence de l'aliénation ou d'un dérangement mental, une question spéciale à laquelle il faut donner une réponse dans la déclaration. L'opinion contraire paraît provenir de l'hypothèse que l'aliénation n'est pas une maladie physique, et n'est pas en rapport avec des changements matériels dans la structure du cerveau. En admettant comme vraie cette opinion, l'expérience contredit formellement les conséquences qu'on en tire dans l'immense majorité des cas.

On avait autrefois l'opinion erronée que la folie avait une tendance à prolonger la vie, mais des recherches statistiques mieux faites ont montré que les aliénés sont plus sujets que d'autres à diverses maladies, et succombent plus facilement lorsqu'ils en sont atteints; c'est pourquoi, toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité des aliénés dépasse la moyenne de celle de la population saine. Entre autres maladies graves, les aliénés sont spécialement sujets à des accès de paralysie et d'épilepsie; et, dans ces cas, la paralysie, quoique légère, est communément l'avant-coureur de la mort. Dans les asiles particuliers, la mortalité est toujours moindre que dans les hôpitaux publics; mais des recherches récentes ont montré que la mortalité des aliénés a été réduite de beaucoup par l'introduction d'un meilleur système de précaution et de traitement.

Des observations recueillies avec soin ont montré que la mortalité parmi les aliénés est plus grande chez les hommes que chez les femmes, et que plus l'âge est avancé, plus la mortalité est proportionnellement grande. La dissimulation de l'aliénation, quelle qu'en soit la forme, ou même d'une tendance héréditaire constatée à cette ma-

ladie, devrait être considérée comme importante, d'autant plus que cette condition forme une question spéciale à laquelle on exige une réponse.

VI. — CONSTATATION DES CAUSES DE MORT ACCIDENTELLE.

Il y a plusieurs Compagnies qui assurent maintenant des personnes contre des accidents arrivant sur terre ou sur mer, et il pourrait sembler à première vue qu'il y a là moins de sujets à discussion que dans d'autres circonstances. La preuve de l'accident et le degré du dommage causé ou, si l'accident est fatal, la cause de la mort semblent être une affaire très-simple. Mais il s'élève cette question : Qu'est-ce qu'une cause *accidentelle*, par opposition à une cause *naturelle* de mort? Nous associons généralement à l'idée que nous nous faisons d'accident celle d'un dommage physique ou d'une violence faite à la personne, et si elle meurt de n'importe quelle autre cause, on ne peut dire que sa mort soit accidentelle. Cette question parut devant la Cour du banc de la reine en janvier 1861 (Sinclair contre la Compagnie d'assurances maritimes), et le président de la Cour suprême (lord chief justice) prononça le jugement de la Cour. L'action était intentée par l'administration d'un sieur Laurence qui, étant sur le point de faire un voyage comme maître d'équipage d'un vaisseau, s'était assuré contre tout dommage personnel qui pourrait lui arriver par quelque accident survenant sur n'importe quel océan, mer, rivière ou lac. L'assuré était avec son vaisseau dans la rivière de Cochin, sur la côte sud-ouest de l'Inde, lorsque étant de service sur le pont il fut « foudroyé par un coup de soleil », suivant les termes mêmes employés dans ce cas spécial, des suites duquel il mourut le même jour. La question était de savoir si la mort provenait d'un « *accident* », suivant le sens de la police, et l'opinion de la Cour fut qu'il n'en était pas ainsi.

Il est difficile de tracer la limite, dans ces occasions, entre une mort par *accident* et une mort par des *causes naturelles*, de manière à avoir une règle d'une application générale. La Cour pouvait très-bien penser que le terme accident comprenait les violences, les malheurs où la force majeure, et que, une mort produite par une cause naturelle bien connue ne devait pas être considérée comme accidentelle. La maladie ou la mort produites par l'exposition à la chaleur, au froid ou à l'humidité et aux vicissitudes des climats ou des influences atmosphériques, ne peuvent pas être appelées *accidentelles*, et en tous cas pas à moins que cette exposition ne soit produite par des circonstances d'un caractère accidentel. Ainsi, si un marin en s'acquittant comme à l'ordinaire de son service prenait froid et mourait, sa mort ne serait pas accidentelle; mais elle pourrait l'être si par suite d'un naufrage on lui eût ordonné d'armer le canot et qu'il fût mort pour s'être exposé au froid et à l'humidité. Dans un sens, la mort était accidentelle, car l'effet était incertain d'abord, mais elle doit être considérée comme l'effet des causes naturelles et non accidentelles. Le coup de soleil, d'après les informations prises par la Cour, serait une inflammation du cerveau produite par l'exposition à la chaleur intense des rayons du soleil. Des personnes qui s'exposent au soleil dans des régions tropicales sont plus ou moins sujettes à cette maladie, tout aussi bien que des personnes qui s'exposent à des causes naturelles d'une autre sorte sont sujettes aux maladies qui en résultent. La mort par « *coup de soleil* » doit donc être considérée comme provenant de causes naturelles, et non d'un accident, et le jugement doit être rendu en faveur des défendeurs (1).

(1) Cette distinction peut paraître subtile et cependant elle est fondée, et je m'associe sans réserve à l'opinion de Taylor : une maladie interne produite par une cause extérieure, influence atmosphérique ou autre, n'est pas un accident. Dans la langue médicale de tous les pays l'accident se

Dans le cas où une personne est frappée par la foudre, après avoir assuré sa vie contre une mort accidentelle, il peut s'élever la question de savoir si cette mort était accidentelle ou non. La mort par la foudre n'est certes pas une mort naturelle, et dans le langage ordinaire, toute personne frappée par la foudre serait dite être morte accidentellement.

VII. — CONSTATATION DU SUICIDE OU DE LA MORT SIMULÉE, CONSIDÉRÉ COMME MOTIF D'ANNULATION DU CONTRAT.

Parmi les conditions des polices d'assurances, il y a généralement dans le contrat la stipulation que la police sera annulée si la personne qui assure sa vie se suicide. Ainsi peut se poser la question médicale de savoir si dans tel cas particulier il y a eu suicide ou non. Une personne peut mourir par le poison, par des blessures, par submersion, par asphyxie ou par quelque autre mode; et dans certains cas, il peut être difficile de dire si la mort est le résultat d'un suicide, d'un accident ou d'une violence homicide. De tels cas sont souvent laissés dans une grande incertitude par les enquêtes du coroner (magistrat instructeur), parce que les données qu'il a recueillies sont imparfaites ou insuffisantes; car, dans les cas de mort subite, à moins que l'on ne soupçonne un meurtre, on regarde comme de peu d'importance de faire une enquête bien exacte. S'il arrive que la vie du défunt ait été assurée par une police contenant cette clause touchant le suicide, la question peut devenir d'une grande importance pour les intérêts des assureurs, et ils demanderont des preuves cer-

caractérise dans ses effets, soit par une lésion plus ou moins profonde de la nature de celles que peuvent produire un coup, une chute, un empoisonnement, une asphyxie, soit par une mort violente souvent subite, toujours plus ou moins prompte.

taines que la mort a eu lieu naturellement ou par accident et non par suicide, avant de payer le montant de la police. Dans tous les cas de mort violente, la cause du décès devrait être déterminée par un médecin; cela mettrait fin à toutes les contestations touchant le payement de la police, et cela dispenserait les représentants de l'assuré des ennuis et des dépenses d'un procès.

Si la mort est subite et si quelques circonstances suspectes restent inexpliquées, il est certain qu'il surgira un procès. C'est une garantie insuffisante que cette enquête du coroner dans laquelle, en vue de satisfaire un jury ordinaire, l'homme de l'art formule son opinion à la hâte sur l'inspection générale du cadavre sans qu'il lui paraisse nécessaire de procéder à un examen plus sérieux, dans la certitude où il est que le défunt n'a pas pu être assassiné. S'il se trouvait que celui-ci appartînt à cette classe de personnes qui contractent d'ordinaire des assurances sur la vie, tous les détails qui ont rapport à l'examen du corps et le jugement porté par le médecin sur la cause de la mort viendraient nécessairement à la lumière, et, si l'examen avait été mal fait, il serait probablement l'objet d'une contre-enquête très-sévère. J'ai vu plusieurs cas dans lesquels il y a eu des scandales de cette nature fort pénibles, parce que le médecin légiste pensait que, pour le jury d'un coroner, les preuves étaient toujours assez bonnes.

Le verdict d'un jury d'enquête ne lie pas une Compagnie ; elle a non-seulement le droit, mais souvent de bonnes raisons de le discuter, et elle exerce souvent ce privilége. Les Compagnies d'assurances sont exposées à toutes sortes de fraudes ; quelques-unes sont de la nature la plus terrible et peuvent conduire, comme dans le cas des associations d'enterrement (*burial-club*), sorte de Compagnie d'assurances, à la perpétration d'un meurtre pour acquérir le montant, souvent assez modique, d'une assurance.

Une affaire assez intéressante relative à la question du suicide par empoisonnement d'une personne dont la vie venait d'être assurée pour une très-grosse somme, fut jugée devant lord Tenterden en 1832 (Kinnear contre le Rock Insurance Company). Feu M. J. H. Green, M. Key et moi nous fûmes appelés comme témoins en faveur du défendeur. Ce procès n'eût pas eu lieu si l'inspection médicale du corps faite deux ans auparavant pour l'enquête, n'eût pas été très-mal conduite, et si la cause de la mort eût été constatée d'une manière satisfaisante. Comme de l'issue du procès dépendait une somme de 10 000 livres (250 000 fr.), les assureurs sentaient qu'ils avaient le droit de demander une enquête pleine et complète. On m'envoya les dépositions que l'on avait recueillies sur le défunt lors de l'enquête, pour les examiner. Elles constataient que le défunt était mort deux ans avant que l'action fût intentée. Le corps avait été examiné négligemment par une enquête de coroner, et le contenu de l'estomac avait été jeté sans avoir été soumis à aucune analyse chimique. Ces circonstances créaient une grande difficulté pour produire des preuves, et de fait, pour ce qui concernait le témoignage médical, il suffisait à peine à servir de base à une opinion quelconque. Je fus requis de la part de la Compagnie d'assurances pour savoir si l'exhumation du corps et un procédé quelconque d'analyse pourraient produire quelque fruit, mais je répondis négativement. D'après la manière dont le premier examen avait été conduit, et d'après ce fait que le malade avait présenté des symptômes qui faisaient présumer l'emploi d'un poison narcotique, il était en tous cas peu probable qu'après deux ans de sépulture on pût encore découvrir dans ces restes quelques traces de poison.

Le défunt, qui d'après les dépositions lors du procès, avait été pendant quelque temps dans un état d'affaissement moral, revint chez lui à Regent's Park, le soir du

19 octobre 1830. On était en train de réparer la maison; sa famille était à la campagne et la seule personne qui fût alors avec lui était un domestique. Le rapport que fit ce dernier indiquait que le défunt était rentré chez lui vers dix heures du soir et paraissait en bonne santé; qu'il lui avait ordonné de placer une carafe de vin, un grand verre et un verre à boire sur la table de la bibliothèque attenant à sa chambre à coucher; il lui dit qu'il allait prendre une potion calmante, et demanda qu'on ne l'appelât pas le matin suivant, disant qu'il sonnerait s'il avait besoin de quelque chose. Le défunt se mit au lit, mais vers minuit le domestique fut éveillé par un bruit, comme si la tringle des volets de la bibliothèque fût tombée. S'étant levé, il vit son maître sans lumière, retournant de la bibliothèque à sa chambre à coucher, qui y attenait; il prit une lumière de la main du témoin et alla se coucher. En remontant les escaliers dix minutes après, le témoin trouva la lumière éteinte et la porte de la chambre du défunt fermée à clef. Le lendemain matin, à neuf heures et demie, le témoin alla à la chambre du défunt et frappa à la porte comme d'habitude, mais ne reçut pas de réponse; il retourna à dix heures, mais la porte était toujours fermée et le défunt ne répondit pas lorsqu'il frappa. Les ouvriers employés dans la maison effrayèrent le témoin vers midi, en lui disant qu'ils avaient entendu son maître gémir ou soupirer. On se procura alors une échelle et l'on entra dans la chambre par la fenêtre; le défunt était dans son lit et il semblait qu'il vînt de mourir quand les témoins entrèrent. On chercha immédiatement un médecin qui, à son arrivée, examina et égoutta un peu de liquide qui se trouvait dans le grand verre sur la table. On chercha une fiole quelconque, mais on n'en put trouver. Cependant on constata qu'il y avait sur la table de la bibliothèque un morceau de papier rouge et un autre de papier bleu qui avaient évidemment recouvert une fiole et qui n'avaient pas

été là auparavant. Il fut aussi déposé qu'un bouchon et une fiole avaient été trouvés dans la cheminée. La fenêtre de la bibliothèque était ouverte et les volets avaient été écartés.

Le médecin qui fut appelé constata que le corps était couché, d'une apparence calme et le teint un peu pâle. Il avait de la sueur à la peau et des plaques de couleur livide disposées çà et là. Le corps fut inspecté pour l'enquête du coroner, par deux médecins et deux chirurgiens. On trouva, dirent-ils, une accumulation de sang putréfié dans l'estomac et un épanchement dans les deux côtés de la poitrine. Les vaisseaux du cerveau étaient un peu turgides, mais il n'y avait pas d'extravasation. Le contenu de l'estomac fut jeté sans qu'aucune analyse chimique en eût été faite; il paraît que le seul semblant qu'on en fit fut de passer un morceau de nitrate d'argent sur la muqueuse de l'estomac lors de l'examen. La cause que ces témoins donnèrent à la mort fut la rupture d'un vaisseau sanguin dans l'estomac. On rendit un verdict de « mort par cause naturelle »; le corps fut enterré et l'on supposa que toute enquête était terminée. Comme la cause que les témoins assignaient à la mort ne paraissait pas en rendre compte suffisamment dans ces circonstances; comme c'était la mort subite d'une personne qui la veille encore était en pleine santé; comme, de plus, il n'y avait aucune trace d'épanchement de sang dans le cerveau, phénomène que l'on rencontre si souvent dans la mort subite par apoplexie; comme enfin tous les détails indiquaient que le défunt avait pris un liquide quelconque et avait fait disparaître le flacon, il y avait matière à de forts soupçons. Les assureurs refusèrent de payer le montant de la police et demandèrent une enquête.

Les faits que l'on avait établis n'étaient pas suffisants pour conclure à un empoisonnement; on demanda donc d'autres témoignages, aux fins de déterminer : 1° si la cause que dans l'enquête les témoins avaient assignée à la mort

suffisait à en rendre compte ; 2° si, dans la négative, les faits établis relativement à la mort du défunt se rapportaient à l'empoisonnement par un narcotique; en un mot, si l'empoisonnement était probable ou non.

M. Green, M. Key et moi nous fûmes requis pour donner notre opinion sur ces différents points. Quant au premier, nous répondîmes que la cause assignée par les témoins à la mort ne pouvait en rendre compte d'une manière satisfaisante. Le sang qui avait été trouvé dans l'estomac avait été négligemment représenté comme à moitié décomposé et non coagulé; bien loin qu'il y eût été répandu pendant la vie, il était assez probable, vu le peu de soin avec lequel l'examen avait été fait, qu'il provenait de quelques vaisseaux lésés par ceux qui avaient fait l'autopsie. Admettant même qu'il eût été épanché pendant la vie, cela ne fournissait pas une explication satisfaisante de la cause de la mort, puisque la quantité en était petite. Ceux qui avaient fait l'autopsie eux-mêmes n'avaient pas trouvé cette cause satisfaisante, et ce qui le prouve, c'est qu'ils avaient recherché la trace d'un poison dans l'estomac par le procédé grossier de frotter un morceau de nitrate d'argent sur la muqueuse ! Enfin, l'hémorrhagie gastrique détruit rarement la vie à la première attaque, et est généralement accompagnée de vomissements de sang; mais le défunt n'avait jamais été sujet à l'hématémèse et il n'y avait pas eu de vomissements de sang.

Quant à la seconde question, les faits établis s'expliquaient fort bien en supposant que le défunt avait pris une dose toxique de laudanum ou de quelque autre préparation opiacée ; on pourrait objecter qu'on n'avait pas trouvé d'opium dans l'estomac, mais on ne voit pas qu'aucune analyse en ait été faite. Le défunt était mort environ à la période où ce poison agit fatalement; c'était au jury à déterminer d'après les détails prouvés, la probabilité du

fait, puisqu'il n'y avait aucun moyen de l'éclaircir par des données médicales. Nous étions tous d'accord que, dans le cas présent, l'empoisonnement par un narcotique était probable, autant qu'on pouvait en juger, en l'absence d'une analyse, puisque les faits relatifs à la mort concordaient avec cette hypothèse, ainsi que les données médicales aussi loin qu'elles s'étendaient. D'un autre côté s'élevait la question de savoir si des causes naturelles n'auraient pas pu, en douze heures, amener une mort aussi tranquille que l'avait été, d'après toutes les apparences, celle du défunt. A cela on peut répondre que l'apoplexie et d'autres maladies eussent pu amener la mort; mais l'autopsie n'avait rien révélé qui pût en faire supposer l'existence, et la mort par un poison narcotique était, au point de vue médical, tout aussi probable. En un mot, comme toutes ces preuves étaient essentiellement négatives, et que les deux manières de se rendre compte de la mort pouvaient s'accorder avec les données de la science, c'était au jury qu'il appartenait de décider, d'après l'ensemble des circonstances, ce qui était le plus probable. La cause de la mort n'était qu'une affaire de présomption médicale. Il était impossible de jurer ni que le défunt n'avait pas pu mourir par apoplexie, ni qu'il n'avait pas pu mourir par l'effet d'une forte dose d'opium. Comme il n'y avait dans ce cas que matière à soupçon et qu'il n'y avait pas de preuves réelles, le verdict fut rendu en faveur du demandeur.

On ne saurait douter que ce verdict ne fût conforme à l'équité, puisque la loi insiste toujours et avec raison sur un point que les preuves de fait, combinées avec les appréciations médicales, ne pouvaient éclaircir dans l'espèce, à savoir, la nécessité de la présence directe du poison. Les assureurs avaient attaqué le suicide. Ils étaient tenus de fournir à l'appui de leur accusation des preuves claires et évidentes; le demandeur n'était pas tenu à prouver

que la mort était naturelle. Si, outre les enveloppes de papier, la ficelle et le bouchon, on eût trouvé une fiole qui eût contenu évidemment du laudanum, ou si le liquide du gobelet, au lieu d'être simplement goûté et senti par le médecin et ensuite jeté au loin, eût été soigneusement analysé, ou si encore on avait pris des précautions analogues pour le contenu de l'estomac, on aurait pu prouver avec une évidence satisfaisante pour le jury, que le défunt était mort par un poison narcotique. Dans le cas où le défunt aurait pris une dose toxique d'une préparation opiacée, on pouvait supposer qu'il s'était débarrassé de la bouteille en la jetant par la fenêtre de la bibliothèque, qu'on avait trouvée ouverte, tandis que le soir les volets avaient été fermés. On ne trouva aucune trace de la potion calmante dont il avait parlé à son domestique, pas même la bouteille; la présence de l'enveloppe de papier coloré, du bouchon et de la ficelle trouvés dans la chambre à coucher n'était pas expliquée.

Le seul point qui fût contre la présomption d'un empoisonnement narcotique, était celui-ci : le domestique jura, lors du procès, que la sonnette de son maître avait retenti vers neuf heures. Si le fait était vrai, le défunt ne pouvait pas avoir été alors sous l'influence d'un poison narcotique, puisqu'il devait avoir traversé la chambre pour tirer la sonnette ; il en résulterait que l'action délétère du poison se serait exercée dans l'espace de trois heures, tandis que dans la plupart des cas d'empoisonnement par l'opium, il faut six à douze heures pour amener la mort. Cependant l'opium, on le sait, peut donner la mort dans un laps de temps très-court. Le docteur Christison a vu un cas où la personne est morte dans trois heures, et le docteur Beck un autre où la mort est survenue en deux heures et demie. Mais en comparant les témoignages du domestique lors de l'enquête et lors du procès, on trouvait entre eux une

grande différence. A l'enquête faite immédiatement après la mort de son maître, deux ans avant le procès, il n'avait pas parlé du coup de sonnette, alors qu'on aurait pu supposer que l'ensemble des circonstances était encore présent à son esprit. Il avait aussi déclaré alors que précisément avant d'entendre le prétendu coup de sonnette, lorsqu'il avait frappé à la porte de son maître en montant dans sa chambre après neuf heures, il n'avait pas reçu de réponse. Il n'y avait qu'une sonnette dans la maison, les quatre ouvriers qui y étaient employés n'avaient pas entendu sonner de toute la matinée. Les quatre témoins déposèrent aussi d'un autre fait important, ils jurèrent qu'entre onze heures et midi, entendant un gémissement ou un ronflement dans la chambre à coucher du défunt, ils avaient proposé au domestique de forcer la porte et d'entrer; celui-ci s'y était refusé, parce que, disait-il, son maître était malade, qu'il avait pris une potion calmante et qu'il lui avait demandé de ne pas entrer dans la chambre jusqu'à ce qu'il l'entendît sonner. C'était là ce qu'il disait deux heures après le moment où, d'après sa déposition dans le procès, il avait entendu sonner et était monté pour répondre! Cette preuve, qui paraissait militer contre la présomption d'un empoisonnement par un narcotique, était donc nulle et indigne de créance; mais, par une étrange omission, ces contradictions dans la déposition du témoin ne furent pas remarquées alors. Ce cas montre l'importance, je dirai même la nécessité absolue, de faire les examens *post mortem* et les analyses chimiques pour les enquêtes avec soin et attention. C'est aussi une application de ce principe que, bien que le suicide puisse être une cause de violation d'un contrat de cette nature, il faut que l'allégation repose sur des preuves directes et positives et non sur des présomptions et des déductions médicales.

Parmi les questions médico-légales qui se rattachent à

ce sujet est la suivante : Est-ce que la clause contenue dans la police touchant le suicide comprend tous les actes de destruction de soi-même, ou est-elle restreinte seulement à ceux dans lesquels une personne saine ou en partie aliénée se détruit elle-même avec la conscience de ce qu'elle fait? Cette question a été traitée ailleurs; le suicide n'implique pas nécessairement l'aliénation mentale; mais, même s'il l'impliquait, la loi, comme elle a été fixée par l'interprétation de la majorité des juges qui ont eu à se prononcer sur ce point dans des cas d'assurances sur la vie, est que lorsqu'une personne assurée se détruit elle-même avec intention, quel que soit l'état de son esprit, la police est annulée. Si une personne ou saine ou aliénée se tue sans intention, les assureurs doivent payer, mais dans ce cas la preuve doit être fournie par les demandeurs, c'est-à-dire par ceux qui bénéficieront de la police. Certaines Compagnies ne font pas du suicide un cas d'annulation de la police.

[Toutes les personnes qui s'occupent d'assurances sur la vie s'accordent à dire qu'elles regardent comme loin d'être rares les suicides accomplis en vue de réaliser, au bénéfice de ses héritiers, une assurance contractée à dessein et avec la pensée arrêtée d'une mort volontaire. Mais les Compagnies en sont réduites à soupçonner ces faits, plus souvent qu'elles ne peuvent les prouver. Le plus ordinairement, ce sont des suicides par submersion ou par écrasement, genres de mort qui laissent place à la supposition d'une mort accidentelle. Taylor a cité des exemples d'empoisonnement ayant le même caractère et le même but. En France, lors même que les Compagnies ont acquis la certitude qu'il y avait eu suicide provoqué par suite de mauvaises affaires ou par un sentiment exagéré de la famille, soit que les preuves n'aient pas paru suffisantes, soit qu'elles aient craint de nuire à l'avenir d'une industrie naissante, elles

n'ont presque jamais osé, jusqu'à ce jour, soulever une difficulté judiciaire de cette nature. Nous allons citer cependant un cas très-remarquable, et qui a eu un grand retentissement, de mort par un coup de feu, qui s'est produit dans des circonstances très-suspectes et qui a donné lieu à un procès dans lequel, outre la distinction du suicide et de l'homicide, a été soulevée la question d'aliénation mentale.

Sur cette question de la folie qu'a déjà examinée le professeur de Guy's Hospital, nous nous contenterons d'ajouter qu'un jugement du tribunal de la Seine en date du 8 août 1854, a décidé que « celui qui s'est donné la mort dans un » accès d'aliénation mentale ne peut être réputé avoir péri » victime d'un suicide, » au sens où l'entendent les polices d'assurances.

Le fait auquel nous venons de faire allusion a déjà été publié par nous (1); il avait été de notre part l'objet d'une étude approfondie et d'expériences entreprises de concert avec l'habile arquebusier M. Devisme, en vue d'établir avec précision les circonstances matérielles de la mort. De plus, il a été, par notre distingué confrère M. Brierre de Boismont (2), soumis à un examen à la fois médico-légal et psychologique, à la suite duquel, dans des considérations pleines d'intérêt, il apporte de puissantes preuves morales à l'appui de la probabilité du suicide que nous avons soutenue.

Le 7 septembre 1858, à sept heures du matin, un coup de feu retentit sur un des boulevards de Paris. De la fumée

(1) *Question médico-légale sur un cas de mort violente par un coup de feu, survenu soit par le fait d'un suicide, soit par accident*, par le docteur A. Tardieu (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, t. XIII, p. 443).

(2) *Recherches médico-légales sur le suicide, à l'occasion d'un cas douteux de mort accidentelle ou violente*, par A. Brierre de Boismont (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, t. XII, p. 126).

s'échappe d'une voiture en marche; le cocher s'arrête et l'on trouve dans l'angle de la voiture le corps d'un homme, assis, la moitié gauche du crâne enlevée par l'explosion d'un fusil de chasse à deux coups, placé entre ses jambes. Cet homme, qui mourait ainsi instantanément dans la voiture où il venait de monter depuis cinq minutes à peine, s'était fait assurer peu de temps auparavant pour la somme considérable de 150 000 francs, et les Compagnies *le Phénix* et *la Paternelle* se refusaient à payer, par le motif que la mort avait été volontaire et non accidentelle. Il serait sans objet de reproduire ici les motifs déduits de nos observations et des expériences que nous avons répétées dans la voiture même où le cadavre avait été trouvé, qui nous conduisirent à repousser la supposition d'un accident et à conclure au suicide. Nous nous contenterons de dire que pour nous la direction de la blessure constatée à la tête, l'obliquité qu'elle avait exigée dans la position de l'arme, eu égard à l'étroitesse de la voiture, démontraient de la manière la plus positive que le coup avait été préparé, volontairement tiré, et que la mort était le résultat non d'un accident, mais d'un suicide. De son côté, le savant aliéniste M. Brierre de Boismont concluait dans le même sens, en établissant, avec l'autorité qui lui appartient, que beaucoup de suicides conservent au milieu de leurs préparatifs une liberté d'esprit et un sang-froid parfaits, et qu'il était impossible de trouver, dans la tenue, dans les écrits, dans les derniers actes de l'individu dont il s'agit, la preuve morale qu'il n'avait pu lui-même attenter à ces jours.

Ce qui est plus intéressant dans cette affaire, au point de vue spécial du sujet que nous traitons dans cette étude, c'est de rappeler comment le fait a été apprécié dans le débat judiciaire auquel il a donné lieu. Le ministère public le résumait ainsi par l'organe de M. Pinard, l'éloquent procureur général de la Cour de Douai : « N'oublions pas le

» point de départ du débat. Il s'agit de résilier un contrat. » La base de la résiliation c'est le suicide. C'est donc aux » Compagnies qui demandent la résiliation à faire la preuve.» Puis, après avoir cherché cette preuve tour à tour dans les constatations matérielles et dans les constatations morales, il ajoutait : « Je comprends qu'on me trouve difficile pour la » preuve, mais à cela il y a deux raisons : la première, c'est » qu'il s'agit d'une résiliation et que les Compagnies doi- » vent l'établir comme demanderesses; la seconde, c'est » qu'il s'agit d'un suicide et qu'un semblable fait ne doit » pas s'induire, mais se prouver comme un délit. Et puisque » la preuve n'est pas faite, que l'alternative me poursuit et » que je suis encore entre la mort accidentelle possible et » le suicide probable, oh! alors, j'incline pour le possible » et je maintiens le contrat. » Cette doctrine devait prévaloir et le doute être nécessairement interprété contre les Compagnies. Aussi, par son jugement, le tribunal les condamnait à acquitter le montant de l'assurance de 150 000 francs.

Certes, on ne peut nier que la distinction du suicide et de l'homicide ne soit souvent assez difficile pour justifier une semblable jurisprudence; mais il est triste de penser combien elle peut, non moins souvent, conduire à l'erreur. M. Brierre de Boismont en cite un exemple emprunté à un journal allemand (1) et qui rentre complétement dans notre sujet.

Le 12 octobre 1840, un négociant fut trouvé étranglé sur la route de Stettin. Le mauvais état de ses affaires fit d'abord penser à un suicide. Mais la position du cadavre, qui avait les mains liées derrière le dos, des traces de spoliation, tout enfin écarta un pareil soupçon, et les tribunaux, reconnaissant les preuves d'une mort violente, durent pro-

(1) *Gazette universelle de Berlin*, 12 octobre 1840.

céder à une enquête judiciaire qui cependant n'aboutit à aucun résultat. Le négociant avait assuré sa vie à la banque de Gotha pour une somme de 40 000 francs environ qui devaient être remis à sa famille, sauf le cas où sa mort serait due à un suicide. Les choses en étaient là lorsqu'un fondé de pouvoirs de cette banque est venu se présenter aux tribunaux pour prouver que le négociant s'était véritablement suicidé, et réclamer la somme déposée entre les mains de la justice. Il produisit une lettre autographe du mort, dans laquelle celui-ci exposait les motifs qui l'avaient poussé à cet acte et les moyens qu'il avait employés pour l'exécuter. Le document établissait qu'il s'était sacrifié à sa famille pour la préserver d'une ruine complète. Suivant cette lettre, qui a tous les caractères de l'authenticité, il s'était pendu à un poteau d'où un ami était venu l'enlever, d'après un accord fait entre eux, pour le mettre dans une attitude propre à faire supposer un meurtre.

Si ces morts volontaires destinées à hâter le terme d'une assurance et à en fausser les conventions ne sont pas très-rares, il n'en sera pas de même sans doute des faits de la nature de celui que nous allons rapporter et qui peut cependant en être rapproché. Il s'agit d'un décès simulé; et quelque grossière que soit la ruse, il n'est pas inutile de la dévoiler dans ce travail où nous cherchons à exposer, aussi complétement que possible, tous les cas où les assurances sur la vie impliquent ou réclament l'intervention directe ou indirecte du médecin.

Un négociant d'une des principales villes de France contracte à l'une des grandes Compagnies de Paris, en décembre 1864, une assurance de 100 000 francs. Peu de temps après, on apprend sa déconfiture, la poursuite dont il est l'objet pour banqueroute frauduleuse et sa fuite en Angleterre. Quelques mois plus tard, au moment où allait échoir la première annuité, la Compagnie est informée

qu'il vient de mourir à Londres d'une maladie du cœur, qu'il a été frappé subitement sur la voie publique, et l'on expédie comme preuves un certificat de médecin, la déclaration faite au *registrar* et le procès-verbal d'inhumation. Avant d'acquitter le montant de la somme réclamée, la Compagnie fait procéder à une enquête dans le pays de l'assuré d'abord, puis à Londres; et après avoir successivement découvert que le domicile du décédé était faussement indiqué, que le médecin dont on produisait l'attestation n'existait pas, après s'être enquis près du fossoyeur du cimetière catholique où avait eu lieu l'inhumation, lequel reconnaissait dans la photographie de l'assuré les traits de la personne des mains de laquelle il avait reçu un cercueil amené sans témoin et sans pompe, on acquit la certitude que le banqueroutier, par une nouvelle fraude, avait été au *registrar-office* déclarer sa propre mort et avait présidé lui-même à ses propres obsèques, se préparant d'ailleurs à recueillir son héritage, et ayant déjà acquis un navire et une cargaison des deniers que, par son décès simulé, il avait espéré extorquer à la Compagnie.]

VIII. — CONSTATATION DE L'HOMICIDE CONSIDÉRÉ COMME MOTIF D'ANNULATION DU CONTRAT.

On suppose naturellement qu'un homme a un intérêt direct à préserver sa propre vie, mais cela peut ne pas l'empêcher de devenir victime des criminels desseins d'un autre. L'intérêt que peut avoir une personne dans l'assurance de la vie d'un autre souleva une importante question, dans l'affaire de Heldon contre West, en janvier 1863. Le demandeur, employé dans une maison de banque, avait fait assurer la vie d'un certain Pedder qui était un des directeurs de la banque. Le demandeur était débiteur envers la banque d'une somme de 5000 livres (125000 francs), et

Pedder l'ayant informé que tant que lui, Pedder, vivrait, il ne serait troublé par aucune demande du payement, le demandeur avait assuré la vie de Pedder dans la Compagnie du défendeur pour la somme de 2500 livres (62500 francs). C'était le payement de cette somme au demandeur qui maintenant était discuté. Le défendeur prétendait que le demandeur n'avait aucun intérêt à assurer la vie de Pedder. Le cas fut plaidé, et la Cour s'en référa au cas qui avait déjà été jugé : d'un père assurant sa propre vie ou un mari celle de sa femme. Il avait été décidé dans ces cas-là qu'il n'y avait pas d'intérêt assurable, c'est pourquoi lorsqu'un mari désirait prendre des précautions pour sa femme, il assurait sa propre vie, ce n'était pas elle qui l'assurait. De plus, on cita comme exemple l'affaire très-remarquable de Wainwright, dans laquelle cette personne avait poussé sa belle-sœur à assurer sa vie et l'avait empoisonnée ensuite pour recueillir, comme étant le parent le plus proche, la somme assurée. Ce cas montrait l'importance immense de la loi qui demande que l'on ait un intérêt réel dans la vie de la personne qu'on assure. Le résultat de toute l'argumentation fut que la Cour réserva son jugement; mais il ressortit de là qu'il n'y avait pas accord sur la question de savoir : ce que l'on pouvait appeler légalement un intérêt d'assurance dans la vie d'un autre. On a pensé que l'assurance sur la vie pouvait être considérée comme mauvaise, parce qu'elle tend à créer un intérêt à la mort d'un autre, et conduit ainsi à des meurtres secrets. Le 14e décret de George III, chapitre 48, dispose expressément qu'aucune assurance sur la vie ne sera valide, à moins que la personne qui assure n'ait un intérêt direct et légitime à la vie de la personne qui est assurée. Ce décret a été rendu dans le but d'empêcher la spéculation sur les polices, et de préserver la société contre le danger de personnes qui en assureraient d'autres et chercheraient leur mort pour avoir le payement

que promet la police. Mais l'effet du décret est simplement d'annuler la police, il ne demande pas que les primes soient rendues et n'édicte aucune pénalité contre les contrevenants. Comme les polices d'assurances sur la vie peuvent être vendues et achetées comme d'autres propriétés, elles peuvent tomber entre les mains de personnes qui n'y ont pas d'autre intérêt que le désir que ces polices deviennent bientôt des créances par la mort de l'assuré. Comme on l'a justement fait observer, l'intérêt d'un tel dépositaire ne tient pas à la vie, mais à la mort de l'assuré.

Un homme fut trouvé mort à Saint-Fergus, en Écosse, blessé par un coup de pistolet dans des circonstances très-suspectes. Les faits médicaux et moraux ne s'accordaient pas avec l'hypothèse d'un suicide; tous s'accordaient pour faire supposer un meurtre commis avec une froide préméditation. On désignait comme coupable de ce crime présumé un médecin, et le motif qu'on assignait à cet acte était que le prévenu avait récemment contracté, auprès de trois Compagnies différentes, des assurances qui se montaient à environ 2000 livres (50 000 francs), sur la vie du défunt, pauvre homme à la vie duquel il fut prouvé qu'il ne pouvait avoir aucun intérêt pécuniaire légitime. Les assurances n'étaient contractées que pour de courtes périodes, et, comme dans les Compagnies écossaises, les polices ne sont pas annulées par le suicide, le montant pouvait en être réclamé même si l'on supposait que le défunt s'était détruit lui-même. Le corps, l'arme et d'autres objets avaient été arrangés, au moins on le supposait, de manière à faire croire à un suicide. Un fait très-significatif, et qui servit à expliquer la mort du défunt et le mobile du prévenu, c'est que les risques correspondants à l'assurance la plus forte, 1000 livres (25 000 francs), couraient du 24 novembre 1852 au 24 novembre 1853. Il n'avait été payé qu'une prime d'environ 11 livres (275 francs), et il fut prouvé

que ce payement avait été fait par le prévenu. Le défunt fut trouvé mort le 20 novembre 1853, c'est-à-dire quatre jours seulement avant la date à laquelle la police d'assurances sur sa vie aurait été échue. On arrivait donc à montrer que l'accusé avait le motif, les moyens et les occasions favorables de commettre ce crime; mais comme il n'y avait pas de circonstances qui pouvaient le mettre directement à sa charge, il fut acquitté.

Une affaire remarquable fut jugée en ce pays, en 1835, (Wainwright contre Bland, à l'Échiquier, le 29 juin 1835), affaire dans laquelle on cherchait à recouvrer le montant d'une police d'assurance faite pour deux années sur la vie d'une miss Abercromby. L'action fut intentée contre les directeurs de la *Compagnie d'assurance impériale;* ils se refusaient à payer, en alléguant que la demoiselle avait été empoisonnée, et que le demandeur Wainwright n'avait à sa vie aucun intérêt pécuniaire légitime. Comme il y a de fortes raisons de croire que ce meurtre fut un des premiers pour lesquels on employa la strychnine dans cette contrée, il peut être considéré comme le type de ceux qui, vingt et un ans plus tard, furent pendant un certain temps commis avec succès par le criminel William Palmer. La strychnine n'avait été découverte que douze ans auparavant; elle n'était encore que peu connue comme poison, soit en Angleterre, soit en France. L'histoire de cette affaire est remarquable, et la cause réelle de la mort ne fut jamais bien recherchée. Deux jeunes femmes du nom d'Abercromby, les filles d'un officier décédé, sans autre propriété que des pensions du gouvernement de 10 livres, 250 francs par an, habitaient à quelques milles hors de la ville avec un homme du nom de Wainwright et sa femme, qui étaient aussi dans une position gênée. Elles vinrent à Londres en 1830, à l'entrée de l'hiver, et prirent des logements. L'aînée, qui avait juste atteint sa vingt et unième année, fut envoyée quelquefois

seule et quelquefois avec sa sœur à huit ou dix Compagnies d'assurances, pour contracter auprès de chacune des assurances sur sa propre vie. Comme elle était d'une forte et vigoureuse santé, elle reçut un accueil favorable de la part de plusieurs Compagnies, quoiqu'elle ne pût assigner à son désir d'assurer sa vie d'autre motif, sinon qu'on lui avait dit que c'était bien de sa part d'agir ainsi. Cinq Compagnies lui accordèrent des polices en son propre nom, quelques-unes pour deux, d'autres pour trois ans, jusqu'à concurrence d'une somme de 16 000 livres (400 000 francs).

Parmi ces Compagnies était la *Compagnie impériale* qui, en octobre 1830, accepta une assurance pour sa vie pour 3 000 livres (7 500 francs). Le 13 décembre suivant, étant en parfaite santé, elle fit son testament, et légua cette police ainsi que d'autres aux demandeurs Wainwright et à sa femme. Le soir de ce jour, toute la société alla à un théâtre public et, à son retour, fit un souper avec des huîtres et du porter. C'est à cette occasion que miss Abercromby fut indisposée pour la première fois. On prétendait qu'elle souffrait d'une attaque d'hystérie, mais on n'a pas un récit net de sa maladie à cette époque. Ce ne fut que le 16 décembre qu'un médecin la vit, mais sa maladie n'était pas d'une nature alarmante; on supposait que c'était de l'hystérie. Le 21, ce médecin fut appelé à la hâte auprès d'elle, et la trouva en proie à de violentes convulsions tétaniques, semblables à celles qui sont quelquefois les effets d'une blessure; c'était le *tétanos*. Elle disait qu'elle mourrait certainement et, en effet, elle mourut tout à coup, au milieu d'un accès de convulsions. Le médecin avait quitté la maison, et lorsqu'il revint au bout d'une heure, elle venait de mourir. L'aspect que présentait le corps n'a été rapporté qu'imparfaitement. Il y avait à la base du cerveau un épanchement séreux auquel on rapporta la mort; on ne fit pas d'analyse du contenu de l'estomac; il avait été, prétendit-on, exa-

miné minutieusement, et il n'y avait pas trace de quelque chose qui eût pu être suffisant pour amener la mort. Mais la personne à qui cet examen avait été confié ne fut pas appelée en témoignage lors du procès.

Wainwright, comme exécuteur testamentaire et tuteur de la jeune fille, réclamait le payement de deux des polices qui avaient été faites à son profit. Mais ce payement fut refusé. Il alla alors en France avec sa famille et, cinq ans après (en 1835), il intenta, par l'intermédiaire d'un agent, un procès à la *Compagnie impériale d'assurances*. Dans cette occasion, le jury ne put pas s'accorder pour rendre son verdict. Une autre action fut encore intentée plus tard à la Compagnie, et les faits mentionnés ci-dessus furent constatés lors du procès. L'attorney général dit que le demandeur avait quitté le pays, et qu'il y avait de bonnes raisons de croire qu'il n'y reviendrait jamais. Le juge déclara au jury que les exécuteurs testamentaires devaient recevoir l'argent, soit que le meurtre eût été commis, soit qu'il ne l'eût pas été, pourvu que l'assurance eût été faite de bonne foi de la part de la défunte. Sa seigneurie dirigea l'attention du jury sur le fait extraordinaire de cette jeune dame (la défunte), faisant ces assurances si considérables seulement pour deux années ; puis, sa maladie soudaine et sa mort dans les convulsions, bientôt après que la police avait été réglée. Elle fit souvenir, en outre, le jury qu'aucun renseignement n'était venu élucider les raisons que la jeune fille avait données aux différentes Compagnies pour effectuer ses assurances sur sa vie. Par le testament fait en faveur du demandeur et de sa femme, et qui leur assignait ces assurances, ces personnes étaient placées dans une situation que la loi ne permet pour personne, à savoir, celle d'avoir un intérêt considérable à donner la mort à une autre personne par des moyens illégitimes. Le jury rendit son verdict pour les assureurs, alléguant que l'affaire avait été mal présentée et que les

demandeurs n'avaient pas d'intérêt à assurer la vie de la défunte.

On ne saurait douter que cette jeune femme ne soit morte par l'effet d'une dose de strychnine qui lui fut administrée peu avant que le médecin la vît, dans l'après-midi du 21 décembre. Le tétanos que produit ce poison amène rapidement la mort; lorsque, au contraire, il provient de blessures, il a une marche plus lente et n'amène la mort qu'au bout de quelques jours, et, dans ce cas, il n'y avait ni blessure, ni aucune autre cause naturelle qui pût en rendre compte. Wainwright fut donc jugé ensuite, convaincu de faux et déporté. Il mourut plusieurs années après dans une de nos colonies pénitentiaires et, avant sa mort, il avoua, dit-on, qu'il avait fait périr miss Abercromby et plusieurs autres personnes par la strychnine.

Quelques-uns des empoisonnements qui eurent lieu à Rugeley, en 1855-56, et qui finirent par la condamnation et l'exécution du fameux William Palmer pour le meurtre de J. P. Cook, avaient leur origine dans ce facile système de s'enrichir au moyen des assurances sur la vie. Le corps d'Anne Palmer, la femme du condamné, gisait déjà depuis quinze mois dans le tombeau, d'après un certificat de décès donné par un médecin attestant la mort par un choléra bilieux, lorsque la mort soudaine de Cook et la découverte de l'antimoine dans son corps conduisirent à l'exhumation du corps de cette dame. On trouva alors qu'elle était morte par l'effet de l'antimoine, qui fut découvert par le docteur Reess et moi, dans toutes les parties du corps, et même jusque dans les ovaires (1). Lorsque nous cherchâmes l'histoire de la maladie qui avait précédé la mort, nous trouvâmes que les symptômes s'accordaient parfaitement avec les effets du tar-

(1) A. Tardieu, *Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine, contenant la relation de l'affaire Palmer* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1856, 2e série, t. VI, p. 371).

trate d'antimoine, et non pas avec ceux du choléra bilieux ou de n'importe quelle maladie. L'antimoine n'avait pas été prescrit à la défunte pendant sa maladie ; il était parfaitement clair qu'il avait dû lui être administré par quelqu'un, jusqu'à une période voisine de la mort. N'ayant dans la fortune de sa femme qu'un intérêt d'environ 3000 livres (75 000 francs), et pendant la courte période des neuf mois qui précédèrent sa mort, William Palmer fit ou fit faire des propositions pour assurer sa vie auprès de huit Compagnies différentes pour une somme totale de 33 000 livres (825 000 francs). Trois de ces propositions faites par lui-même à l'*Union de Norwich*, en décembre 1853, pour 3000 livres (75 000 francs); au *Scottish Équitable*, en janvier 1854, pour 5000 livres (125 000 francs), et au *Soleil*, en février 1854, aussi pour 5000 livres, furent acceptées par ces Compagnies; il arriva ainsi, en moins de trois mois, à effectuer une assurance totale de 13 000 livres (325 000 francs), pour couvrir l'intérêt qu'il avait sur la vie de sa femme et qui se montait à 3000 livres. Les autres propositions se montant à environ 20 000 (500 000 francs) furent refusées par les autres Compagnies auxquelles il s'adressa. Le total des primes payées par Palmer pour ces trois polices se monta à 388 livres (9700 francs), et il était à cette époque tellement à court d'argent, qu'il fit un billet que l'on décompta sur la sûreté des polices, de telle manière qu'il réussissait à faire payer des polices par elles-mêmes. Comme il était embarrassé dans ses affaires et incapable de continuer à faire des billets de cette nature sans s'enfoncer encore plus profondément dans les dettes, la mort de sa femme devint pour lui une affaire de nécessité. En moins de six mois, après qu'il avait contracté des assurances sur sa vie, sa femme mourut empoisonnée sous sa direction immédiate. A sa mort, ces fortes sommes furent réclamées par Palmer et lui furent payées par les Compagnies. Quoiqu'il y eût déjà

à cette époque quelques soupçons que sa femme était morte empoisonnée, il n'y eut ni enquête, ni inspection, et le corps fut enterré à la hâte. Ces faits ne vinrent à la lumière que plus d'un an après, pendant l'enquête qui fut faite pour un autre meurtre en 1855.

Il semble que le caractère respectable de Palmer, sa position sociale et professionnelle, et de plus, les deux certificats médicaux de la mort de sa femme contrecarrèrent toutes les intentions qu'eussent eues les compagnies de ne pas payer les polices. William Palmer poussa bien plus loin ses spéculations d'assurances sur la vie. N'ayant aucun intérêt pécuniaire quelconque à la vie de son frère Walter Palmer, il fit ou lui fit faire des propositions pour assurer sa vie auprès de différentes compagnies jusqu'à la somme de 82 000 livres (2 050 000). La compagnie du prince de Galles accepta les propositions jusqu'à concurrence de 13 000 livres (325 000 francs) avec certaines restrictions. Le 16 août 1855, Walter Palmer mourut subitement en présence de son frère et d'un autre homme d'un caractère douteux, chez lequel il l'avait placé comme locataire, et il devint très-probable, sinon prouvé, que le prévenu William avait, peu de temps auparavant, acheté une bouteille d'acide prussique chez un droguiste. La police avait été attribuée par Walter à William.

Mais lorsque William Palmer voulut en toucher le montant après la mort de son frère, la compagnie refusa le paiement et pour de fort bonnes raisons, Palmer ne put l'y forcer. Il essaya ensuite, mais sans résultat, d'assurer pour 25 000 livres (625 000 fr.) la vie de son groom Georges Bates, qu'il désignait dans sa proposition comme un gentleman d'une fortune indépendante ; et il proposa à un nommé Cheshire, le maître de postes de Rugeley, de faire aussi des propositions sur sa vie pour la somme de 5000 livres (125 000 fr,) et de lui assigner les polices, et, n'eût été la

révélation des faits relatifs à la mort de Cook, ces deux personnes, sur la tête desquelles une forte assurance avait été mise, eussent été ses prochaines victimes.

Le thuggisme (1), tel que le pratiquaient autrefois dans l'Inde certaines classes d'Indous, ne serait qu'un péché véniel comparé à cette profession qui consisterait ainsi à prélever de fortes sommes d'argent sur la vie humaine. Les Compagnies ont maintenant l'habitude de demander parmi leurs questions si la vie à assurer a déjà été proposée à d'autres Compagnies, et si la proposition a été acceptée ou non. Mais cette méthode n'empêche qu'en partie ces spéculations odieuses.

En France et dans la plupart des États du continent, les assurances de cette nature sont, dit-on, strictement défendues, non pas pour empêcher la spéculation qu'on encourage plutôt, mais dans le but de préserver la société contre le danger des personnes qui en assurent d'autres et désirent par là leur mort. La preuve que ces règlements ne suffisent pas pour préserver du meurtre secret et de la spéculation sur la vie humaine, est l'affaire du docteur de la Pommerais qui, en mai 1864, fut convaincu à Paris du meurtre d'une femme du nom de Pauw. Le lecteur connaît les détails médicaux qui ont trait à ce meurtre (2), lequel égale, sinon dépasse en atrocité, les crimes commis par William Palmer sur sa femme et son frère.

De la Pommerais avait d'abord cohabité avec la défunte. L'ayant ensuite abandonnée, il épousa en août 1861 une demoiselle de quelque fortune, mademoiselle Dubizy. Quel-

(1) Tribu de l'Inde dont les membres tuent le plus de monde possible, et élèvent dans ces principes les enfants qu'ils enlèvent durant leurs voyages.

(2) Voyez la *Relation médico-légale de l'affaire Couty de la Pommerais*, par A. Tardieu et Z. Roussin (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1864, 2e série, t. XXII, p. 80).

que temps après le mariage, la mère de cette dame mourut dans des circonstances très-suspectes, et on supposa que c'était par suite d'un poison administré par le prévenu. En juin 1863, il renouvela tout à coup et sans aucune cause apparente son intimité avec la défunte de Pauw, qui vivait dans une grande pauvreté avec plusieurs enfants. Lui ayant avancé plusieurs petites sommes d'argent se montant en tout à 27 livres (675 fr.), il la porta à assurer sa vie auprès de diverses Compagnies pour la somme de 22 000 livres (550 000 fr.) et ensuite à lui attribuer les polices. Les raisons qu'il donna pour effectuer ces assurances furent d'abord qu'il avait avancé à la défunte de grandes sommes d'argent (4000 livres, 100 000 fr.), et ensuite qu'il voulait pourvoir, si elle mourait, à l'avenir de ses enfants illégitimes. La première indication fut démontrée fausse et la seconde ne pouvait se rapporter aux réclamations qu'il fit plus tard aux Compagnies. La femme fut examinée, trouvée en bonne santé et des assurances sur sa vie furent contractées pour deux ou trois ans, jusqu'à concurrence de la forte somme indiquée plus haut.

De la Pommerais paya les premières primes se montant à 600 livres (15 000 fr.). Il s'était ainsi engagé pour trois ans à payer en primes une somme de 800 livres par an (20 000 francs), tandis que sa clientèle ne lui rapportait pas plus de 400 livres par an (10 000 fr.) et qu'il n'avait pas d'autres ressources. Il porta la défunte à feindre qu'elle était malade et qu'elle avait eu un accident, mais les chirurgiens et les médecins qu'elle consulta trouvèrent après l'examen qu'elle n'avait rien, sinon quelques accès de vomissements. Elle continua à se trouver bien jusqu'au 16 novembre, jour où l'accusé la visita et passa la soirée avec elle. La nuit suivante elle se trouva très-mal, et après de violents vomissements et des convulsions accompagnées de syncopes, elle mourut, dans la matinée du 17, empoisonnée, comme il fut prouvé, par de

la digitaline, dont l'accusé s'était procuré quelque temps auparavant une grande quantité, de l'emploi de laquelle il ne put rendre compte d'une manière suffisante. Il n'eut pas de difficultés cependant à exhiber un certificat médical pour prouver que la défunte était morte de gastrite et d'une perforation de l'estomac. Les polices d'assurances lui avaient été attribuées peu de temps auparavant par la défunte, et ce fut la réclamation hâtive qu'il fit du paiement qui éveilla les soupçons. Il n'y eut rien à répondre à l'accusation de meurtre par administration de digitaline, et l'accusé fut condamné et exécuté.

[On sait que la justice, saisie par les compagnies auxquelles on réclamait au nom des enfants de madame de Pauw le montant des assurances souscrites sous son nom par son meurtrier, n'a pas accueilli cette prétention, et a refusé de laisser subsister un contrat entaché de fraude et souillé de sang].

La vraie manière d'arrêter ce système de crimes occultes serait de mettre des restrictions légales très-sévères à la vente et à la transmission des polices et d'empêcher qu'elles ne puissent être recueillies par des étrangers, qui ne peuvent avoir d'intérêt qu'à la mort la plus prompte possible de l'assuré. Les membres du Burial-Club ont, dit-on, été gênés beaucoup par un règlement qui défend à une personne de recouvrer, sous prétexte de cette assurance, une somme plus forte que celle qu'elle a dépensée pour les funérailles.

[A ces exemples de spéculations homicides que Taylor a citées et qui de l'Angleterre ont été si tristement importées, en France par l'empoisonneur de madame de Pauw, nous sommes en mesure d'en ajouter un qui s'est produit, il y a quelques années, en Suède, au détriment d'une compagnie française, et qui par les circonstances vraiment extraordinaires dont il est entouré et par la perversité d'imagination qu'il atteste chez les auteurs de ce drame romanesque, ter-

minera d'une façon saisissante l'exposé des faits étranges que nous a révélés cette étude, à la fois physique et morale, des assurances sur la vie considérées au point de vue médical.

Le 26 mars 1856, une assurance en cas de mort est faite à la compagnie française, la *Caisse paternelle*, sur la vie de de Johann Peter Hoffstedt, domestique, demeurant à Carlskroud, né le 22 septembre 1805, au profit de Franz Swenson, commis-négociant à Carlskrona et sur le certificat de N. Ekrruntell, médecin et chirurgien, premier médecin de la ville de Carlskrona.

Ce Hoffstedt était un malheureux ivrogne qui, s'étant pendu, fut détaché encore vivant et sauvé par le sieur Swensson. Ce dernier eut l'idée d'une spéculation et fit un véritable contrat tacite avec le sieur Hoffstedt, en lui promettant de l'entretenir d'eau-de-vie matin et soir, à condition qu'il ne prendrait aucune nourriture.

La vie de Hoffstedt se prolongeant au delà des prévisions du sieur Swenson, celui-ci craignant de payer une nouvelle prime, des scènes violentes eurent lieu, et enfin Hoffstedt décéda le 31 août 1856, c'est-à-dire six mois après la souscription de la police et vers la fin de l'année le sieur Swenson réclama le paiement de l'assurance.

Mais le sieur Swenson, devant le tribunal de Stockholm, fut accusé d'empoisonnement, et bien qu'il eût été acquitté faute de preuves, les débats révélèrent les détails honteux de la spéculation.

La compagnie *la Paternelle* s'étant pourvue devant le tribunal civil de la Seine, fut exonérée de payer par un jugement rendu le 25 novembre 1859, dont les considérants sont curieux à citer.

« Attendu qu'il résulte la preuve que le contrat d'assurance qui fait l'objet de la contestation n'a pas été exécuté de bonne foi ;

» Qu'en effet, il est constant pour le tribunal que quelque invraisemblable que puisse paraître ce fait, il a existé entre Swenson et Hoffstedt une convention au moins tacite qui a consisté en ce que Hoffstedt, qui était abruti par l'usage immodéré des liqueurs alcooliques et entraîné par un désir violent de satisfaire sa passion, a consenti à risquer d'abréger sa vie en acceptant de Swenson l'argent nécessaire pour pouvoir se livrer, autant qu'il le voudrait, à des excès de boissons, et que de son côté Swenson, en stipulant une assurance sur la vie de Hoffstedt, a spéculé sur la brièveté probable de son existence, à laquelle ce régime contre nature devait apporter promptement un terme ;

» Que cependant à une certaine époque, Swenson a témoigné son mécontentement de ce que Hoffstedt semblait reculer devant l'accomplissement final de ce projet ;

» Qu'à cette même époque, Hoffstedt est mort empoisonné par de l'arsenic et qu'une certaine quantité de cette substance a été trouvée chez Swenson ;

» Attendu que soit que l'on suppose que Hoffstedt s'est suicidé, soit que l'on admette que le poison a été donné même sans intention criminelle par la faute ou l'imprudence, ou par un fait quelconque de la part de Swenson dans ces diverses hypothèses, dont une au moins a dû se réaliser, les circonstances qui ont amené la mort de Hoffstedt tombent sous l'application de l'art. II des statuts de la compagnie d'assurance, d'après lequel toutes les fois que l'individu sur la tête duquel l'assurance a été contractée s'est suicidé ou est mort par le fait de la personne qui doit bénéficier de l'assurance, la convention est résiliée de plein droit et toutes primes payées sont acquises à la compagnie ;

» Par ces motifs : déclare résiliée la police d'assurance faite au profit de Swenson sur la tête de Hoffstedt. »]

TABLE DES MATIÈRES.

Avant-Propos 3
I. Principes de l'assurance sur la vie 6
II. Des questions relatives à l'état de santé des personnes assurées 10
Spécimen des questionnaires usités dans les principales Compagnies 12
III. De l'intervention des médecins dans les contrats d'assurances 38
IV. Détermination des maladies qui sont de nature à abréger la vie 55
V. Appréciation des effets de certains vices de conformation, infirmités et habitudes sur la durée de la vie 59
Habitudes d'intempérance 71
Habitudes d'abstinence ou d'alimentation exclusivement systématique 81
Habitude de manger de l'opium 83
Habitude du tabac 91
Aliénation mentale 91
VI. Constatation des causes de mort accidentelle 94
VII. Constatation du suicide ou de la mort simulée, considérée comme motif d'annulation du contrat 96
VIII. Constatation de l'homicide considéré comme motif d'annulation du contrat 110

FIN.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

DES

MALADIES PUERPÉRALES

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de médecine)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, LE 21 MARS 1866

PAR

Le Dr Jules SIMON

Médecin des hôpitaux.

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

1866

R31891

DES

MALADIES PUERPÉRALES

INTRODUCTION

DE L'ÉTAT PUERPÉRAL.

Les anciens, au dire d'un certain nombre d'auteurs, appelaient la femme en couches *puerpera* (*puer*, enfant; *parere*, procréer) (1); et l'état spécial et intéressant dans lequel elle se trouvait après la parturition, portait le nom de *puerperium*. Si bien que sous la désignation de maladies puerpérales on comprenait toutes celles qui venaient à se développer chez les nouvelles accouchées.

M. le professeur Monneret (2) n'adopte pas complétement cette traduction. Pour lui, *puerpera* s'appliquait tout aussi bien à la femme en couches qu'à la femme en état de gestation. Quoi qu'il en soit, si de nos jours on entend sous le nom d'état puerpéral, surtout et avant tout, l'état des femmes en couches, ne doit-on point étendre la signification de cette appellation aussi loin que les progrès de la physiologie pathologique la portent eux-mêmes? Ou bien doit-on, dans le seul but de respecter aveuglément l'antiquité, et d'en conserver religieusement et le culte et le souvenir, s'interdire tout parallèle et tout rapprochement entre la menstruation, la grossesse et l'état puerpéral proprement dit ? Si par l'enchaî-

(1) Requin, *Éléments de pathologie médicale* (*Puerpera*, Plaute et Pline).
(2) Monneret, *Traité de pathologie générale*. Paris, 1857, t. II, p. 131.

nement d'une série de faits nouveaux et de découvertes importantes, on venait à suivre les modifications fonctionnelles et organiques depuis les premiers moments de la grossesse jusqu'à l'état puerpéral, faudrait-il donc s'arrêter au mot en lui-même pour rester volontairement sourd aux déductions philosophiques qui en seraient la conséquence toute naturelle?

Telles sont les diverses questions que je me suis posées au début de cette étude, et qui ont été de ma part l'objet des plus vives et des plus sérieuses méditations.

M. le professeur Monneret m'avait largement tracé la voie dans son livre de pathologie générale. « Sans prétendre changer, dit-il, le sens qu'on attribue à ce mot généralement reçu, nous ferons cependant remarquer que la parturition ne représente qu'une phase de l'état physiologique qui commence au moment de l'imprégnation, continue pendant la grossesse, aboutit à la parturition, et a pour dernier terme le moment où la femme cesse d'allaiter et redevient apte à concevoir par le retour de ses règles. Tant que le nouvel organisme reste greffé sur la femme, tant que l'union nécessaire et physiologique que l'enfant contracte avec elle n'est point rompue, on doit considérer cette succession parfaite d'actes et de phénomènes comme un seul et même état physiologique. » C'est précisément en nous plaçant à ce point de vue que nous comptons envisager notre sujet.

Ainsi, pour M. Monneret, l'état puerpéral débute par l'imprégnation. La première période est la gestation ; la seconde la parturition ; la troisième la lactation. Cette extension donnée à l'état puerpéral est impérieusement commandée par les études modernes, qui nous montrent l'organisme entier de la femme se modifiant graduellement dans toutes ses parties pendant les trois grandes

périodes que nous venons d'indiquer. Les changements physiologiques qui surviennent dans le sang et dans les organes s'influencent réciproquement.

Ce n'est que par des transitions presque insensibles que la femme parcourt ces trois phases de l'état puerpéral. Les modifications organiques et fonctionnelles sont si profondes, qu'elles agissent fortement sur toutes les maladies intercurrentes.

Cette manière d'interpréter l'état puerpéral en détruit-elle le sens? Nullement; vous voyez bien qu'elle le fortifie. L'état puerpéral de la femme en couches, c'est toujours l'état puerpéral par excellence, c'est le maximum de la puerpéralité. Seulement, par l'étude attentive de la première période, celle de la gestation, on arrive facilement à en suivre les phases successives. La puerpéralité ne commence pas tout d'un coup au moment du travail ou de l'accouchement, ce n'est pas un état purement chirurgical; les modifications se préparent de longue main. A partir du jour où la femme est imprégnée, les grandes fonctions de l'économie sont toutes plus ou moins modifiées au profit de l'être qui germe et se développe dans le sein de la mère. On est allé jusqu'à dire que les forces vives de l'organisme convergeaient vers l'utérus comme vers un pôle magnétique. Quoi qu'il en soit de cette comparaison imagée, en se plaçant à un point de vue tout physiologique, il demeure parfaitement établi que la femme enceinte présente dans le liquide nourricier et l'appareil central de la circulation, dans le tube digestif et le foie, dans le système nerveux et la respiration, les sécrétions et les nutritions en général, des altérations lentes et profondes qui font naître chez elle des affections définitives ou transitoires, dont le point de départ remonte en droite ligne à la gestation, cette première étape de la puerpéralité.

Que si, par opposition, on veuille fixer l'origine de l'état puerpéral à la période de la parturition, que résultera-t-il de cette appréciation trop restreinte? C'est que toutes les affections (manie, albuminurie, éclampsie, pour ne citer que les maladies hors de tout conteste) qui viendront à se déclarer avant le travail, devront être considérées comme des accidents fortuits et ne mériteront pas de porter le nom de puerpérales, puisque l'heure de la puerpéralité n'a pas encore sonné.

Je n'ignore point que les adversaires de cette distinction pourront se retrancher devant la rareté des cas de manie et d'éclampsie avant le travail ; mais pourtant la science est, depuis quelque temps déjà, en possession de faits authentiques connus de tous, aussi bien des plus humbles comme des plus versés dans la pratique des accouchements. Et l'albuminurie, dont je parlais il n'y a qu'un instant, est-elle puerpérale, je le demande? L'état particulier, les conditions spéciales dans lesquelles se trouve placée la femme enceinte, n'ont-ils pas une influence légitime sur son apparition, sa durée et ses conséquences? Voilà donc une phase étrange dans l'histoire de l'état puerpéral, qui mérite, par ses allures et ses caractères, une étude à part. Nous le verrons naître, grandir, s'altérer ; et au moment de l'accouchement, ses assises, déjà larges et puissantes, prendront une extension plus grande encore. La puerpéralité sera parvenue à son apogée.

Une nouvelle question se présente tout naturellement à l'esprit. Si le point de départ se trouve suffisamment arrêté par la discussion qui précède, quelle est la limite ultime qu'on peut lui assigner? Pour bon nombre d'auteurs, l'état puerpéral dure pendant tout le temps des suites de couches jusqu'au rétablissement de la première menstruation, indice certain du retour à la vie normale et régulière. Pour M. le

professeur Monneret, il se continuerait pendant toute la durée de la lactation jusqu'au retour des règles. Nous verrons quelles sont les bases physiologiques et pathologiques de cette dernière division.

En résumé, l'état puerpéral de la femme en couches, c'est l'état puerpéral proprement dit, dont la gestation est la première période, et les suites de couches et même l'allaitement seraient la troisième et dernière période.

Conséquemment, bien que l'objet principal de cette étude soit les maladies de la femme en couches, nous désirons consacrer un chapitre aux maladies qui se déclarent avant cette époque. Nous verrons même que quelques-unes d'entre elles peuvent apparaître avant, pendant, comme après le travail.

Quant à la menstruation, Virchow, MM. Trousseau, Monneret, Béhier, etc., etc., et presque tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, la font rentrer dans l'état puerpéral. Longtemps la menstruation, dit M. Pajot, resta un phénomène mystérieux; mais sa véritable nature nous est enfin connue. La menstruation est une ponte ; c'est un avortement, c'est un embryon d'accouchement. Mais tous les phénomènes sont ici en miniature, c'est un état puerpéral en petit; et, en effet, voyez s'il y manque quelque chose. La menstruation s'accompagne de la déchirure des vaisseaux ; c'est là un fait que les recherches modernes ont mis hors de doute. Voilà donc une plaie comme dans l'état puerpéral; chez beaucoup de femmes, la menstruation est caractérisée par des douleurs et des contractions utérines, faible ébauche de celles qui surviennent après le part. Bien souvent l'apparition des règles est précédée de symptômes généraux très-appréciables qui se continuent pendant toute sa durée. Ces sécrétions sont modifiées, l'innervation est troublée, et enfin il y a un dernier signe qui rappelle l'état puerpéral,

ce sont les modifications des seins. En un mot, la menstruation semble une ébauche de l'état puerpéral. J'ai cité avec empressement tout ce passage, parce qu'il émane d'une plume autorisée, et parce que, dans la leçon à laquelle il est emprunté, M. Pajot s'élève contre l'extension de l'état puerpéral jusqu'à la grossesse (1).

M. Lorain (2), sur le travail duquel nous reviendrons plus tard, pense que le fœtus fait partie de l'organisme de la mère et qu'il peut contracter les mêmes maladies avec elle ou indépendamment d'elle. Quant au nouveau-né, ajoute-t-il, si la mère a ses lochies utérines, il a ses lochies ombilicales, et l'expérience démontre qu'il a à peu près la même opportunité morbide que la mère. Cette opinion mérite d'être discutée. Je prendrai également en sérieuse considération toutes les preuves qui militent en sa faveur comme toutes celles qui tendent à la détruire.

M. le professeur Trousseau enfin, dans sa communication à l'Académie de médecine (3), a été plus loin encore que M. Lorain. « Un médecin d'infiniment d'esprit, dit-il, M. Lorain, a soutenu, il y a deux ans, une thèse : De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né. » Je regrette qu'il n'ait pas ajouté : « et chez les blessés des deux sexes résidant à proximité des salles d'accouchements ». Il lui aurait été facile de montrer chez les hommes eux-mêmes en temps d'épidémies, et toutes réserves faites sous le rapport des différences d'organisation, des lésions analogues.

Cette influence de voisinage est incontestable; mais doit-on en appeler les résultats du nom de fièvre puerpérale ?

(1) Pajot, *Leçons sur les affections puerpérales* (*Gazette des hôpitaux*, 1862).

(2) Lorain, *La fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Paris, 1855.

(3) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, séance du 16 mars 1858.

C'est là un fait que je tenais à soulever, sans vouloir le résoudre à cette place.

Fidèle au plan que je me suis tracé, je vais donc, avant d'aborder l'étude des maladies de la femme en couches, passer en revue l'état de la femme grosse et les maladies qui peuvent l'atteindre.

DIVISION DU SUJET.

De là pour moi la nécessité de diviser ce travail en trois parties.

Dans la première partie (état de gestation), se trouvent compris la chlorose, les troubles digestifs et nerveux, les altérations de sécrétion et de nutrition, l'albuminurie, l'urémie, les ostéophytes, etc., etc., maladies qui appartiennent en propre à l'état de la femme grosse, et, comme corollaire obligé, les maladies locales ou générales qui peuvent survenir d'une manière intercurrente.

La deuxième partie (suites de couches) contiendra l'histoire de la fièvre puerpérale et celle des autres maladies puerpérales. C'est là où les opinions de MM. Lorain et Trousseau sur l'état puerpéral du fœtus et du nouveau-né, trouveront naturellement leur place. Les maladies locales ou générales, survenant à titre de complication, seront, comme dans la première période, l'objet d'une étude spéciale.

Enfin, dans la troisième partie (lactation) nous reproduirons les opinions de M. le professeur Monneret.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDES

DES MODIFICATIONS SUCCESSIVES, PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES DE LA PREMIÈRE PÉRIODE. — ÉTAT DE GESTATION.

La femme enceinte est modifiée dans tout son organisme, et pendant que l'utérus se développe, on voit se manifester des changements de toute nature, dont les uns sont purement physiologiques et compatibles avec une santé excellente, tandis que les autres font partie du domaine de la pathologie.

Dès que la conception a lieu, les règles se suppriment, les seins se gonflent, leur auréole brunit, le visage se recouvre quelquefois de taches pigmentaires, le sang s'altère, les globules rouges diminuent, les globules blancs augmentent, la fibrine surtout subit une modification semblable. Le chiffre de ses éléments s'élève. Un bruit de souffle apparaît à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou accusant une chlorose très-prononcée. Ce n'est pas tout, l'appétit devient bizarre, des vomissements se déclarent, la glande hépatique se charge de graisse, le cœur s'hypertrophie, les urines contiennent des quantités notables de phosphate calcaire, les os du crâne, du bassin, et les os longs, se recouvrent d'ostéophytes, le système nerveux et l'intelligence s'exaltent ou se déprimement et présentent des caractères d'une étrange perversion.

Si, pour un nombre restreint de femmes enceintes la grossesse semble donner à toutes les fonctions jusqu'alors languissantes ou mal équilibrées, une activité bienfaisante et une harmonie réciproque, dans la très-grande majorité des cas, l'état de gestation provoque des indispositions et même des affections sérieuses. Entre ces deux ordres de phénomènes, on peut observer une foule d'états intermédiaires. Nous pouvons d'ailleurs suivre une grada-

ion insensible en étudiant le point de départ de chacune des affections de la femme grosse.

ALTÉRATIONS DU SANG.

A une époque encore peu éloignée de nous, on pratiquait de fréquentes saignées pour diminuer les sensations de plénitude, les bouffées de chaleur, que les malades et les médecins attribuaient à une richesse marquée du liquide nourricier, ou tout au moins à une augmentation de la masse du sang devenu plus aqueux : deux états distincts qu'on baptisait du nom de vraie ou de fausse pléthore et que l'on combattait par les mêmes moyens énergiques. Le soulagement momentané qui en résultait donnait créance à cette opinion qui a été partagée par tous les auteurs des anciens traités d'obstétrique. Cette doctrine brillait dans tout son éclat au moment où les analyses chimiques vinrent en démontrer les funestes effets en même temps que les assises erronées. C'est à MM. Andral et Gavarret (1) que revient l'honneur d'avoir fait connaître les changements survenus dans le sang des femmes enceintes.

Et d'abord les globules rouges du sang diminuent à mesure que la grossesse se développe. A de très-rares exceptions près, la diminution semble progressive. Becquerel et Rodier (2) ont pleinement confirmé les résultats des précédents observateurs. Sur 34 saignées, MM. Andral et Gavarret n'ont rencontré qu'une seule femme, arrivée à la fin du deuxième mois de sa grossesse, dont les globules se sont élevés au-dessus de la moyenne physiologique, savoir au chiffre 145; chez une seule, enceinte d'un à deux mois, le sang présenta juste, en globules, sa moyenne

(1) Andral et Gavarret, *Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang dans les maladies*. Paris, 1842.

(2) Becquerel et Rodier, *Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et de maladie*. 1844.

physiologique, 128; mais dans 32 autres, les globules restèrent au-dessous de cette moyenne, variant de 95 à 125. Les résultats de MM. Becquerel et Rodier oscillent entre 87 à 111.

M. Jules Regnauld a publié dans sa thèse remarquable de 1847, vingt-cinq analyses du sang faites avec le plus grand soin sur des femmes enceintes arrivées à une période différente de leur grossesse, et il a trouvé que, pendant les quatre premiers mois de la gestation, le chiffre des globules rouges n'est pas sensiblement modifié, mais qu'il devient, au contraire, très-important dans la deuxième moitié et à la fin de la grossesse, époques auxquelles les variations flottent entre 90 et 120.

NUMÈROS.	ÉPOQUES DE LA GROSSESSE.	AGE.	FIBRIN	ALBUMINE.	GLOBULES.	PRINCIPES FIXES DU SÉRUM MOINS L'ALBUMINE.	EAU ET PRINCIPES VOLATILS.
1	2e mois	10	2,60	70,50	125,35	11,75	789,80
2	Fin du 2e mois	21	2,80	70,18	126,40	9,30	791,32
3	3 mois	32	2,70	67,30	122,60	10,20	797,20
4	3 mois	27	1,98	70,25	126,22	8,65	792,60
5	3 mois 1/2	18	2,90	68,09	116,91	11,40	800,70
6	4 mois	39	2,40	69,35	127,18	10,50	790,57
7	4 mois	31	2,43	69,40	123,90	8,75	795,52
8	6 mois 1/2	29	2,80	68,85	99,76	10,50	818,09
9	7 mois	27	3,25	69,20	120,40	7,90	799,25
10	7 mois	35	2,79	68,30	107,92	9,75	811,24
11	7 mois	22	3,20	68,66	118,40	10,20	799,54
12	7 mois 1/2	23	4,16	69,18	99,41	8,43	818,82
13	Fin du 7e mois	19	3,30	69,07	112,50	9,65	805,48
14	Fin du 7e mois	25	2,78	65,43	100,77	10,20	820,82
15	Commencement du 8e mois.	29	3,31	66,18	115,44	9,43	805,62
16	Commencement du 8e mois.	38	3,74	64,92	99,36	11,20	820,78
17	Commencement du 8e mois.	20	4,16	67,20	103,40	9,50	815,74
18	8 mois 1/2	22	4,47	66,82	95,60	10,95	822,16
19	9 mois	25	3,70	68,25	108,90	9,85	809,30
20	9 mois	24	4,89	65,47	91,40	10,75	827,49
21	9 mois	33	4,42	66,38	115,25	9,24	804,71
22	9 mois	27	3,69	64,45	90,20	10,40	831,26
23	9 mois	25	4,39	65,80	94,90	11,65	823,36
24	9 mois	28	3,86	68,92	102,80	9,96	814,46
25	9 mois	26	4,28	66,27	99,75	9,80	819,90

Nous verrons plus tard que, au bout de deux à trois jours près l'accouchement, l'équilibre se rétablit, c'est ce que MM. Andral Gavarret et Delafond ont constaté sur les femelles des animaux, entre autres sur les brebis et sur les vaches.

Un caractère non moins remarquable des modifications du sang puerpéral, c'est l'augmentation des globules blancs; la leucocytose est constante. Ce caractère a, par lui-même, une grande importance, car si les fatigues du travail, les déperditions du sang, les sécrétions utérines, peuvent produire l'aglobulie, il ne faut pas oublier que celle-ci disparaît dès que les pertes sont suspendues ou arrêtées définitivement. La chlorose, au contraire, dans ses degrés avancés exige pour guérir l'emploi d'une médication spéciale. A plus forte raison si la grossesse se déclare dans le cours d'une chlorose menstruelle : l'une se greffant sur l'autre, il en résulte, si je puis parler ainsi, une chlorose à la deuxième puissance qui peut devenir une cause nouvelle de désalbuminurie (1) ; si en même temps les reins, comme cela a lieu souvent, présentent des traces de desquamation ou d'inflammation, la chute de l'épithélima laissera le sérum du sang filtrer à travers les tubuli ; il en résulte une albuminurie qui, à son tour, appauvrit le sang et provoque des transsudations dans le tissu cellulaire et les séreuses.

Pendant les six premiers mois, la fibrine reste normale ou inférieure à son chiffre physiologique. Dans les trois derniers mois et surtout aux approches de la parturition, elle s'élève très-sensiblement (4,3 à 4,28 p. 1000). Le sang ressemble donc, sous ce rapport, à celui des phlegmasies. Comme MM. Becquerel et Rodier, M. Regnauld a constaté

(1) M. Germain Sée, *Leçons à l'hôpital Beaujon*, 1864.

une diminution de l'albumine. Du chiffre 70,5, moyenne physiologique, elle s'abaisse à celui de 68,6 dans les sept premiers mois, et 66,4 dans les deux derniers. De là la tendance, comme nous l'avons dit, à la production des hydropisies. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que l'excès de fibrine s'accompagne ici d'excès de leucocytes en parallèle avec une diminution de l'albumine (Virchow). Comme si l'économie, dont les efforts convergent vers la nutrition du fœtus, s'épuisait par cela même aux dépens de ses propres matériaux.

Les expériences de M. Andral ont démontré que chez les chiens soumis à un certain degré d'abstinence, le sang avait présenté les caractères de chloro-anémie, coïncidant avec une augmentation notable de fibrine.

La proportion d'eau contenue dans le sang va en augmentant d'une manière sensible à mesure qu'on approche de la fin du neuvième mois.

Dans les premiers mois elle atteint 816,01 (le chiffre physiologique étant 790), pendant que dans les derniers mois elle dépasse 817 pour gagner 910 et même 914. Le sérum, de son côté, devient moins riche en matériaux solides. Ainsi le sang de la femme grosse est celui des hydrémiques.

Telles sont les nombreuses et sérieuses altérations du sang que la grossesse entraîne par son développement successif.

Il est bon de noter que l'aspect couenneux du sang des femmes enceintes est moins fréquent qu'on ne serait tenté de le croire. M. Jacquemier, sur près de 200 saignées pratiquées à une époque avancée de la grossesse, n'a constaté la présence de la couenne qu'une fois sur six, et elle était presque toujours peu épaisse.

De plus, l'augmentation de la fibrine persiste un certain temps après l'accouchement. Cet excès de fibrine ne doit

onc pas être mis sur le compte d'un état inflammatoire ccidentel. Il est l'expression d'un état physiologique tran-itoire.

A cet égard, M. Andral (1) se demande si pendant les erniers mois de la gestation, et après l'accouchement, le ang ayant de la tendance à prendre le caractère du sang des hlegmasies, il ne peut pas exister un certain rapport entre ette modification du sang et le développement de ces acci-ents spéciaux, d'apparence généralement phlegmasique, ui atteignent si souvent les femmes récemment accouchées. e léger excès de fibrine qui, chez elles, existe dans le sang, oit-il être considéré comme une cause prédisposante de ces ccidents? Ce serait là le cas dans lequel l'altération du ang qui appartient à l'état phlegmasique précéderait la manifestation des lésions qui caractérisent ce même état ans les solides. Les auteurs du *Compendium* à qui nous mpruntons cette citation, ajoutent qu'ils ne peuvent qu'imi-er la sage réserve de M. Andral, et appeler, sur ces ques-ions importantes, l'attention des observateurs (2).

MM. Becquerel et Rodier, de leur côté, ont donné la pro-ortion du fer qui entre dans le sang des femmes enceintes, t ont établi d'une façon péremptoire que cette proportion tait au-dessous de la moyenne physiologique (ainsi, sur 1000 grammes de sang calciné la proportion moyenne du er est, chez une femme saine et en vacuité, de 0gr,541 ; hez la femme enceinte elle est de 0gr,449, et enfin de 0gr,366 chez une chlorotique avancée). Le fer suivrait donc à cet égard la proportion des globules, et son chiffre pen-dant la grossesse établirait une sorte de transition entre l'é-tat de santé régulière et la chlorose très-prononcée. La di-

(1) Andral, *Essai d'hématologie pathologique*. Paris, 1845, p. 104.
(2) *Compendium de méd.*, t. VII, p. 240.

minution des globules du fer et l'excès de fibrine tiendront à la même cause.

C'est à cette altération du sang, aujourd'hui bien connue, c'est à cette véritable chlorose, qu'il faut attribuer tous les symptômes dont se plaignent les femmes enceintes.

Les troubles de l'estomac, qui sont parfois si bizarres (pica, malacia), les dyspepsies, les gastralgies, les vomissements, peuvent être rapportés à cet état du liquide nourricier.

La céphalalgie, les vertiges, les tintements d'oreilles, les bouffées de chaleur subite à la face, les odontalgies, les névralgies faciale, frontale, orbitaire ou temporale, s'expliquent dès lors avec la plus grande facilité.

Le cœur bat souvent et parfois avec une certaine énergie. Il s'agite au moindre effort ; sa base et les gros vaisseaux du cou sont le siége d'un bruit de souffle qui ne peut laisser aucun doute sur son origine. Sans pouvoir le démontrer d'une façon précise et toute mathématique, Beau appelle pléthore séreuse ces cas de chlorose particulière dans lesquels tout le système circulatoire semble distendu outre mesure, le pouls battre avec une ampleur et le cœur donner lieu, à chaque contraction, à une impulsion plus vive.

Quoi qu'il en soit, l'altération du sang est aujourd'hui un fait qui n'est que trop prouvé, et loin de la combattre d'après les sensations des malades, on se trouvera mieux de diriger la thérapeutique suivant les nouvelles indications de la physiologie moderne. Au lieu de s'adresser aux saignées et aux antiphlogistiques, il faudra donc avoir recours au vin, aux viandes, aux préparations de quinquina, en un mot aux toniques par excellence.

HYPERTROPHIE DU COEUR.

Avec cette profonde modification du sang coexiste une altération de l'organe central de la circulation. Le cœur est hypertrophié. M. J. F. Larcher avait depuis longtemps signalé cette hypertrophie (1828) (1). Tout récemment encore il produisait devant l'Académie des sciences des observations à l'appui de son opinion. Suivant lui, l'épaisseur des parois du ventricule aortique est augmentée d'au moins d'un quart et d'un tiers au plus pendant les derniers mois de la grossesse ou peu après l'accouchement. Le ventricule droit, les oreillettes conservent leur épaisseur normale. M. Hipp. Blot a vérifié les recherches de M. J. F. Larcher, et il est arrivé non-seulement par la mensuration, mais encore par des pesées faites avec le plus grand soin, à un résultat complétement identique. Dans une note qu'il a communiquée à M. Tarnier (2), il lui transmet les chiffres suivants : sur 20 femmes mortes en couches, la moyenne du poids total du cœur était de 291gr,85, tandis que dans l'état ordinaire chez une jeune femme, le cœur ne pèse que de 220 à 230 gram. Il y a donc pendant la grossesse une augmentation de plus de 1/5e du poids total. Cette hypertrophie porte presque exclusivement sur le ventricule gauche et offre cela de remarquable, qu'elle est temporaire, comme l'hypertrophie utérine (H. Blot).

Parfois l'appareil circulatoire est troublé d'une façon bien plus étrange. On voit l'état de grossesse exciter par lui-même *un appareil fébrile continu* avec des exacerbations nocturnes, et simulant la fièvre symptomatique de la tuber-

(1) *Archives générales de médecine*, 1859.

(2) Cazeaux, *Traité de l'art des accouchements*, 7e édition, revue et annotée par S. Tarnier. Paris, 1865.

culisation pulmonaire. Burns et M. Jacquemier dans son *Traité d'obstétrique*, citent un fait de ce genre; moi-même, dit M. Grisolle (1), j'en ai rencontré un il y a quelques années. La femme amaigrie, minée par la fièvre et par des sueurs nocturnes, a vu ces accidents cesser aussitôt après l'expulsion d'un fœtus de sept mois. Elle a recouvré depuis toutes les apparences de la santé la plus florissante. Ces faits sont rares, il est surtout peu commun de voir la fièvre débuter avec la grossesse et persister pendant tout son cours; le plus souvent les accidents cessent vers le quatrième et le cinquième mois. M. Charcot m'a dit avoir observé un ou deux cas semblables en tous points.

TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Si, par exception, l'*appétit* est excellent, la digestion facile, la circulation plus rapide et plus ample, la face et les muqueuses se colorent, d'ordinaire, ou bien l'appétit diminue, ou bien il se pervertit. — Ces deux ordres de troubles fonctionnels conduisent la malade au même but, par des voies différentes.

Dans le premier cas, l'anorexie peut être de moyenne intensité ou portée aux dernières limites, à ce point que les malades vivent de leur propre substance. Quelques-unes ne veulent et ne peuvent prendre que des légumes, d'autres ne vivent que de laitage ; celles-ci de fruits et celles-là de friandises plus ou moins malsaines, toutes ont une horreur invincible pour les aliments nutritifs même les plus appétissants. Dans le second cas, sur lequel il me serait aisé de m'étendre longuement, mais dont la notion est si vulgaire qu'elle en est devenue banale, le goût des aliments est per-

(1) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, art. FIÈVRE HECTIQUE.

verti d'une manière souvent plus bizarre : certaines malades mangent de la craie, du plâtre, du poivre, du charbon ou même des substances plus nuisibles, plus répulsives et plus dégoûtantes.—Ces désordres des premières voies digestives sont une des causes du défaut d'assimilation et de nutrition des malheureuses femmes qui en sont atteintes.

Mais il est un autre symptôme qui prend parfois une telle importance chez les femmes grosses qu'il nécessite l'intervention de l'accoucheur, et l'oblige à pratiquer, dans le plus bref délai, l'avortement ou l'accouchement prématuré : je veux parler des *vomissements*. Ils peuvent se présenter sous deux formes différentes dans la grossesse : ou bien ils sont *simples*, tolérables, susceptibles de guérir ; ou bien ils sont *incoercibles* et menacent même l'existence de l'enfant et de la mère.

Les *vomissements simples* apparaissent ou dès le début de la grossesse, ou bien plus tard vers le troisième ou le quatrième mois ; presque jamais on ne les voit se manifester dans les derniers mois de la grossesse, à moins de complications urémiques très-prononcées.

D'ordinaire ils se dissipent au bout d'un à deux mois.

Les *vomissements graves ou incoercibles* débutent rarement d'emblée ; ils sont ordinairement précédés de vomissements simples. Voici, d'ailleurs, des indications plus précises que nous puisons dans les notes de M. S. Tarnier (1), et l'excellente thèse de M. Guéniot (2) : sur 43 cas, 9 fois les vomissements se manifestèrent pendant les premières semaines, 15 fois au bout du premier mois, 9 mois de un à deux mois, 5 fois de deux à trois mois, 1 fois de trois à quatre

(1) Cazeaux, *Accouchements*, 7e édition, revue et annotée par S. Tarnier. Paris, 1866.

(2) Guéniot, *Des vomissements incoercibles*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1863.

mois, 2 fois de quatre à cinq mois, et enfin 2 fois de six à sept mois.

M. Paul Dubois a divisé leur description en trois périodes :

Dans la première, ils n'offrent point de caractère saillant, la malade est sans fièvre et les matières vomies sont de toute nature.

MM. Stoltz et Vigla ont signalé un ptyalisme continuel, et M. Tarnier, dans un cas, a pu observer un fait analogue.

Dans la deuxième période, les vomissements sont plus violents et les plus fréquents, l'amaigrissement devient très-effrayant et la malade est en proie à une fièvre qui fait monter le pouls jusqu'à 100 et 140 pulsations par minute. La bouche se sèche, la soif est vive, l'haleine est acide et fétide.

Arrivés à la troisième période, les vomissements diminuent et peuvent même cesser. Ce calme ne doit point rassurer le médecin expérimenté ; car c'est le prélude de la mort. — Le pouls monte à 120, 130 pulsations, et bientôt après, des syncopes, des névralgies, des troubles de l'ouïe, des hallucinations, du délire, le coma et la mort.

Les vomissements graves présentent souvent des rémissions trompeuses, qui ne doivent jamais détourner l'attention vigilante du médecin instruit.

La marche de cette terrible affection est lente, elle dure de deux à trois mois.

Ces vomissements graves ont été attribués à l'albuminurie et à l'urémie. C'est à tort, puisqu'ils apparaissent vers le début de la grossesse; c'est-à-dire vers le moment où l'albuminurie n'existe pas encore.

L'anatomie pathologique est, jusqu'à ce jour, restée absolument muette. M. Tarnier, tout dernièrement encore, a fait l'autopsie d'une femme morte de vomissements incoercibles à l'hôpital de la Pitié, et, malgré tout le soin qu'il a apporté

dans l'examen des organes génitaux, abdominaux, thoraciques, et des centres nerveux, ses recherches furent complétement infructueuses.

Le diagnostic devra être fait, dans les cas sérieux, avec la plus grande attention ; on a vu la péritonite tuberculeuse et le cancer donner le change dans le cas d'amaigrissement extrême, et réciproquement.

Le pronostic est extrêmement grave.

Sur 118 fois rassemblées par M. Guéniot.
72 fois..... guérison.
46 fois..... la mort.

Ces faits se répartissent de la façon suivante :

Guérisons.

Cas tous très-graves, sans avortement et après un traitement extrêmement variable.....	31
Cas également très-graves. Avortement provoqué.....	20
Cas moins désespérés. Accouchement ou avortement provoqué.....	21

Morts.

Sans avortement.....	28
Après avortement ou accouchement prématuré spontané.	7
Après avortement provoqué.....	11

Il faut pourtant savoir que, dans ces tableaux toutes les malades ne sont pas mortes de vomissements incoercibles, des maladies intercurrentes étant survenues pendant leur évolution.

Le traitement médical (poudres inertes, calmants, glace, opium, etc.) étant démontré insuffisant, l'accoucheur interviendra et débarrassera la mère à tout prix du fruit de la conception.

Fl. Churchill (1) dit que, dans quelques cas rares, les

(1) Fl. Churchill, *Traité des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement*, trad. par Wieland et Dubrisay Paris, 1866.

femmes ont pendant les premiers mois de la grossesse des *vomissements de sang*. Exceptionnellement ces vomissements sont abondants et de longue durée. Cet accident ne présente ordinairement aucun danger, mais il cause aux malades le plus grand effroi. Dans un grand nombre de cas, ce n'est qu'une menstruation supplémentaire. Quelquefois ils ont été favorisés par des efforts violents.

Le repos absolu, les réfrigérants, la glace, peuvent suffire pour les combattre.

Parmi les autres troubles digestifs, il faut noter encore la *constipation* et la *diarrhée*.

Le premier est d'ordinaire assez léger ; le second, au contraire, dans les grandes villes, chez les femmes du peuple, débilitées et épuisées par la misère et les fatigues, profondément anémiées, peut offrir la plus grande gravité et résister parfois à toutes les médications imaginables. Cette diarrhée, dans certains cas, mériterait, comme les vomissements, le nom de diarrhée incoercible.

Ce n'est pas tout : M. S. Tarnier a décrit (1) une *altération graisseuse du foie* qu'il a rencontrée chez presque toutes les femmes qui meurent au moment de l'accouchement ou peu après. Le tissu hépatique, dit-il, ne présente pas une couleur uniforme. Sa substance est parsemée de petites taches jaunes extrêmement nombreuses qui lui donnent un aspect granité. Ces petites taches jaunes semblent former autant de points saillants d'un volume variant depuis celui d'une petite tête d'épingle à celui d'un grain de millet.

Ces taches sont quelquefois disséminées, d'autres fois réunies ; elles forment dans ce dernier cas des espèces de petits îlots. Enfin dans quelques points l'agglomération est

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*, thèse inaugurale.

telle, qu'il en résulte une large plaque jaunâtre de plusieurs centimètres de diamètre. Ce n'est pas seulement à la superficie du foie qu'on rencontre ces particularités. On les retrouve encore à la surface de toutes les tranches pratiquées par coupes répétées dans l'épaisseur de l'organe.

« J'ai examiné, ajoute M. S. Tarnier, avec M. le docteur Vulpian, ce tissu au microscope ; nous y avons trouvé des cellules hépatiques bien conservées, au milieu desquelles on aperçoit de très-nombreuses gouttelettes de graisse. » L'état graisseux du foie des femmes enceintes est donc aujourd'hui bien constaté, mais il est encore mal connu dans ses causes et sa signification. Les recherches contemporaines sur la stéatose engagent, quant à présent, à se mettre en garde contre l'explication trop facile, et ce qui est rapporté à la grossesse pourrait bien dépendre d'une autre cause ; celle, par exemple, qui aurait occasionné la mort de la femme en couches. Peut-être pourra-t-on un jour la rattacher à ces cas d'ictères qui se montrent dans les derniers mois de la grossesse.

Du côté de l'*appareil respiratoire* on peut noter une dyspnée effrayante et une toux convulsive, quinteuse, qui dépendent du volume exagéré du globe utérin soulevant le diaphragme. D'ordinaire, ces accidents par une sorte de tolérance, se modèrent et disparaissent.

TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX.

VERTIGES, ÉBLOUISSEMENTS, LIPOTHYMIES, SYNCOPE, NÉVRALGIES, PARALYSIES.

Ces divers accidents nerveux que nous avons déjà mentionné, à propos de la chloro-anémie des femmes grosses doivent réellement être rapportés à des causes fort diffé-

rentes. L'altération du sang doit être mise en ligne de compte; mais l'excitation de tout l'appareil de la génération, et pour le dire sans détour, l'action de l'utérus sur tout le reste de l'organisme, doivent-elles être passées sous silence? A cette question on peut répondre péremptoirement que, si chez la femme en dehors de la gestation, l'utérus est facilement le point de départ d'accidents nerveux de toute nature, chez la femme gravidique surtout, cet organe possède une influence peut-être plus grande encore sur l'ensemble de l'innervation. Je n'en veux pour preuve que ces lipothymies, ces syncopes produites par les mouvements de l'enfant, par ces coliques utérines qui en sont la conséquence, et enfin par les manifestations hystériques qui en deviennent comme le corollaire obligé. Je n'insiste pas sur ces névralgies violentes et tenaces, ces migraines accablantes, ces sensations multiples de froid, de chaud, éprouvées par les malades, qui rentrent dans la classe des symptômes que je viens de signaler plus haut. Leur traitement n'offre rien ici qui soit bien spécial. Des antispasmodiques devront surtout en constituer la base.

PARALYSIES.

M. Imbert-Gourbeyre (1) a étudié cette question des paralysies puerpérales avec le plus grand soin. Après avoir passé en revue toutes les opinions émises sur la matière, il les divise en trois classes distinctes. Ces trois théories sont humorales.

Dans la première, depuis Hippocrate jusqu'à Willis, Mercurialis, et Puzos, la rétention des lochies en est la base.

Dans la deuxième, qui s'étend depuis Willis jusqu'au

(1) *Des paralysies puerpérales* (*Mémoires de l'Acad. de méd.* Paris, 1861).

commencement du siècle actuel, c'est la métastase laiteuse. La troisième, l'ère contemporaine, fonde la théorie de l'albuminurie et l'urémie.

Des documents puisés dans Fl. Churchill (1), qui en a fait l'objet d'études fort minutieuses, et des notes précieuses que M. le docteur Tarnier a eu l'obligeance de nous confier, nous permettront de traiter sous une forme succincte, l'histoire des paralysies puerpérales.

Au point de vue de la fréquence et du siége, Churchill donne les chiffres suivants qui ont une importance incontestable :

Sur 34 observations empruntées à divers auteurs ou recueillies par lui, dans 22 cas il a noté l'attaque de paralysie pendant la grossesse. Dans les 12 autres cas le fait s'est produit pendant ou après le travail. Quant au siége de ces paralysies il a noté 17 cas d'hémiplégie complète, 1 d'hémiplégie partielle, 4 de paralysie, 6 de paralysie faciale, 3 d'amaurose et 3 de surdité.

Sur les 22 cas survenus pendant la grossesse, Churchill compte 12 hémiplégies, 1 paraplégie, 4 paralysies faciales, 2 amauroses, 3 surdités. L'analyse de ces observations, dit M. le docteur Tarnier, prouve que les femmes enceintes sont plus particulièrement exposées à ces accidents pendant les derniers mois de la grossesse. La plupart guérissent avant ou après l'accouchement, quelques-unes au bout d'un temps plus ou moins long après la délivrance.

A part l'hémiplégie, que cependant M. Imbert-Gourbeyre rapporte à l'apoplexie cérébrale, due elle-même à l'albuminurie, toutes les autres paralysies dépendent de l'albumi-

(1) Fleetwood Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement*, trad. de l'anglais sur la 5e édition, par Wieland et Dubrisay. Paris, 1866.

nurie et de l'urémie (Churchill, de Dublin, et Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand).

Il faut pourtant faire quelques réserves pour les paraplégies et invoquer aussi les actions réflexes, mais plus particulièrement l'hystérie des femmes grosses.

Je n'ai ni le temps, ni le désir de m'étendre sur l'amaurose, les surdités et les paralysies faciales. Un mot seulement sur l'hémiplégie et la paraplégie.

L'*hémiplégie* est souvent causée par l'apoplexie cérébrale. M. Imbert-Gourbeyre en a réuni un certain nombre dans son mémoire (1). D'autres fois l'autopsie n'a révélé aucune lésion des centres nerveux, et la guérison rapide de cas qui paraissaient analogues, permet de conclure à des hémiplégies de cause nerveuse, hystériques ou éclamptiques, et albuminuriques, ou urémiques, c'est-à-dire sans lésion appréciable.

La *paraplégie* peut tenir elle aussi aux troubles nerveux ou aux altérations du sang. Parfois un travail prolongé, par compression des plexus et des nerfs de la cavité pelvienne, provoque momentanément une paraplégie. En outre, M. Jaccoud, dont tout le monde connaît le remarquable travail sur les paraplégies en général, invoque dans certains cas l'épuisement nerveux.

Une excitation anormale, et continue, dit-il, est transmise à la moelle par les nerfs de l'utérus. Elle épuise au bout d'un temps variable l'excitabilité propre de la région correspondante de l'organe, et l'inertie de ces éléments nerveux sous l'incitation encéphalique interrompt la transmission motrice; la paralysie de toutes les parties situées au-dessous des points affectés est la conséquence nécessaire de cet état de choses (Jaccoud).

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine.*

Dans d'autres cas enfin, les hémorrhagies puerpérales pourront produire un anémie médullaire et être suivies de paraplégie passagère, ou légèrement persistante.

Nous pourrions placer ici la manie, l'éclampsie, le tétanos, pour continuer la description des autres accidents nerveux; mais comme ces affections sont plus fréquentes dans la seconde période, nous les décrirons dans ce chapitre. Il n'est pas nécessaire de faire observer que ces accidents, empiétant tantôt sur la grossesse, tantôt sur la parturition ou les suites de couches, sont un nouvel argument en faveur de la division de l'état puerpéral, tel que nous le comprenons. Ce point litigieux a été déjà l'objet d'une discussion antérieure.

ALBUMINURIE.

Cette affection est une maladie puerpérale des plus fréquentes. Tantôt légère, ne produisant aucun désordre appréciable, et laissant à la gestation la liberté de son développement; tantôt, au contraire, empreinte de la plus haute gravité et produisant, chez la femme enceinte comme chez la femme en travail ou nouvellement accouchée, les perturbations les plus alarmantes. Rare dans les quatre premiers mois de la grossesse, elle apparaît et s'accentue de plus en plus, à mesure qu'on approche de la parturition.

Signalée par M. Rayer, elle fut l'objet de nombreux travaux qui ne doivent pas tous trouver place ici. Je ne fais que citer les noms de Blackall, Lews, Laserre, Cahen, Devilliers et Regnault, Blot, Bouchut, Imbert-Gourbeyre, Bach, Frerichs, Schott, Legroux, Brown, Depaul, Jaccoud Gubler, etc., etc. (1).

(1) Blackall, le premier (1818), donna deux observations d'albuminurie chez

En ne tenant compte que de l'observation et des travaux de ces seuls savants ou médecins, on peut s'assurer que la question de physiologie pathologique de cette affection est fort complexe ; et, tandis que, pour M. Blot, par exemple, l'albuminurie puerpérale est le plus souvent étrangère à la maladie de Bright, M. Bach (de Strasbourg) (1) croit pouvoir la rattacher seulement quelquefois à la néphrite albumineuse, et M. Imbert-Gourbeyre (2) cherche à démontrer qu'elle est toujours le symptôme de la maladie de Brigth. Pourtant, voici ce qu'on peut affirmer ici.

Dans l'état actuel de la science, l'albuminurie ne peut plus être regardée comme le symptôme d'une lésion unique; le passage de l'albumine dépend, au contraire, de causes très-différentes, sur la nature desquelles les expériences des physiologistes viennent de jeter le plus grand jour. Qu'on injecte, en effet, du blanc d'œuf dans les veines d'un animal, comme l'a expérimenté M. Claude Bernard, où

des femmes enceintes hydropiques. En France, Rayer (1840) et Becquerel (1841). Historique très-complet, à consulter.

1843 (25 nov., *Gazette médicale*), *Mémoire sur les congestions séreuses métastatiques chez les nouvelles accouchées*, par Lasserre.

1844. Caleb-Rose, *Coïncidence de l'albuminurie et des convulsions puerpérales.*

1846. Bouchut, *Néphrite, albuminurie pendant la grossesse* (*Gazette méd. de Paris*).

Cahen. *Sur l'éclampsie puerpérale.*

1848. Devilliers fils et Regnauld, *Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes* (*Archives générales de médecine*, 1848, 4e série, t. XVI).

1849. Hipp. Blot, *Albuminurie chez les femmes enceintes* (thèse).

1853. Legroux, *Sur l'éclampsie albuminurique* (*Union médicale*).

1854. Braun, *Des convulsions chez les femmes enceintes.*

Gendron, *Des convulsions pendant la grossesse et après l'accouchement.*

Depaul, Rapport sur un mémoire de Mascarel sur les *Convulsions puerpérales* (*Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XIX, p. 266).

Imbert-Gourbeyre, *De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie* (*Mém. de l'Acad. de médecine*, 1856, t. XX).

(1) Mémoire couronné par l'Académie.

(2) Mémoire couronné par l'Académie.

qu'on le nourrisse avec des aliments exclusivement albumineux (qui n'ont pas subi la cuisson), on produit infailliblement une albuminurie artificielle. Deux conditions nouvelles sont, assurément, mises en cause ici : l'excès d'albumine ; d'une part, l'inaptitude à l'assimilation du produit albumineux injecté ou absorbé.

M. Gubler (1), comparant les globules et l'albumine chez la femme grosse, arrive à tracer une prédominance relative de l'albumine du sang par rapport au chiffre des globules. Cette superalbuminose relative, qui ne serait plus en harmonie avec les conditions de stabilité des éléments constitutifs du liquide nourricier, serait, d'après cet observateur, la cause déterminante de l'albuminurie. Nous abandonnons à son auteur cette ingénieuse théorie ; ce qui reste acquis à la science, c'est une altération du sang, peut-être plus complexe qu'on ne le suppose, et qui se trouverait le point de départ de l'albuminurie des femmes gravides.

Mais à cette cause s'en ajoutent bien d'autres.

Qu'on augmente la tension artérielle ou qu'on vienne à lier la veine émulgente, et, dans les deux cas, les capillaires sanguins du rein se distendront et laisseront filtrer, en quelque sorte, l'albumine du sang qui les traverse. Que des tumeurs exercent sur la veine rénale ou sur la veine cave inférieure, une compression suffisante pour ralentir et gêner la circulation en retour dans le rein, et l'urine pourra devenir albumineuse.

Ainsi, dit M. Jaccoud, est déterminée, dans la grande majorité des cas, l'albuminurie de la grossesse ; le plus souvent, en effet, ce phénomène ne se montre qu'à partir du sixième mois de la gestation (Rosenstein, Braun), et tout concourt alors à produire une gêne considérable dans la

(1) Gubler, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1865, art. ALBUMINURIE.

circulation abdominale : celle du rein est entravée au même titre que celle du foie et de la rate (Virchow), et la pression, anormalement accrue dans les capillaires des touffes de Malpighi, amène le passage de l'albumine dans l'urine. Cette manière de voir, qui est aujourd'hui universellement acceptée (Frerichs, Braun, Rosenstein, Wieger, Beckmann, Krassnig, Brown-Séquard), n'est pas applicable, cela va sans dire, à l'albuminurie qui survient exceptionnellement dans les quatre premiers mois de la grossesse. Il ne peut plus être question, à cette époque, de la gêne de la circulation dans les veines rénales, et le processus pathologique est absolument différent (Jaccoud) (1).

Faut-il conclure des précédentes remarques, que le rôle du rein est complétement nul dans la production de l'albuminurie? Non certes. L'albumine traverse le rein, sous l'influence favorable de la congestion active et de certaines altérations parenchymateuses, fugaces, qui sont la condition instrumentale du phénomène, sous l'influence de circonstances adjuvantes, telles que le froid. L'hypérémie rénale peut s'élever jusqu'à la phlegmasie proprement dite qui, dès lors, constitue une affection secondaire, mais pouvant, en somme, entretenir l'albuminurie pour son propre compte.

Enfin le rein pourrait être le point de départ primitif de l'albuminurie en reconnaissant pour cause une néphrite qui aurait ouvert la scène pathologique à laquelle nous assistons.

Je n'ai pas à passer en revue les différents procédés destinés à l'examen des urines. Le sujet fourmille de détails qui m'entraîneraient trop loin. Je me borne donc à constater

(1) Jaccoud, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article ALBUMINURIE.

le fait. Quant aux cylindres fibrineux que Frerichs avait considérés comme un signe pathognomonique de la maladie de Bright, ils ne sont point constants, comme on l'avait cru primitivement, chez les femmes albuminuriques. M. Hipp. Blot a examiné les urines de 3 femmes albuminuriques et éclamptiques sans les y rencontrer.

Après les signes fournis par l'examen des urines, le symptôme le plus fréquent de l'albuminurie c'est l'anasarque, qu'il ne faut point confondre avec l'infiltration des membres inférieurs, celle-ci, en effet, n'étant que le résultat de la gêne mécanique de la circulation veineuse produite par la tumeur utérine. Il faut cependant bien se garder de croire que l'albuminurie engendre nécessairement l'anasarque. M. Blot examinant les urines de 41 femmes enceintes, à ce point de vue, n'a rencontré l'infiltration du tissu cellulaire que 23 fois seulement.

Du reste, cette particularité s'observe également, quoique sur une plus petite échelle, dans les maladies de Bright elles-mêmes. Et ici, comme dans cette dernière affection, on voit se dérouler le cortége des symptômes nerveux sur lequel on a attiré l'attention des médecins dans ces derniers temps. Les douleurs, les convulsions, les contractions, les paralysies (amaurose, paraplégies), en sont les éléments principaux.

L'albuminurie des femmes grosses offre dans sa marche de grandes variétés.

Apparaissant exceptionnellement dans les premiers mois de la grossesse, tantôt elle persiste sans interruption jusqu'au moment du travail, et augmente pendant sa durée, tantôt elle offre des oscillations nombreuses dans la quantité et cesse même complétement pendant quelques jours pour reparaître et cesser encore à des intervalles très-différents. Quand elle a commencé pendant le travail ou peu de temps avant, elle disparaît souvent peu d'heures ou peu de jours

après l'accouchement. Mais M. Imbert-Gourbeyre, contrairement à l'opinion de Cazeaux, et de MM. Blot et Tarnier, ne croit pas cette disparition aussi fréquente que ces accoucheurs l'avaient primitivement avouée.

S'il est des cas, dit M. Imbert-Goubeyre (1), dans lesquels l'albuminurie disparaît rapidement, il en est quelques-uns dans lesquels elle persiste et passe à la maladie de Bright chronique et confirmée. Sur 65 cas d'albuminurie puerpérale non compliquée d'éclampsie, 21 malades sont mortes pendant la grossesse et les suites de couches, 6 du troisième et quatrième mois après l'accouchement ; 5 ont passé à l'état chronique, et l'on a pu constater l'albumine pendant deux, huit, dix, quatorze mois et même sept ans après l'accouchement.

Quand l'albuminurie est transitoire elle ne s'accompagne d'aucune altération sérieuse. La congestion rénale se dissipe et tout rentre dans l'ordre accoutumé. Mais vient-elle à persister un temps plus ou moins long après l'accouchement, que doit penser le médecin, quelles sont les bases du pronostic? Il n'y a à cet égard aucun critérium infaillible. Il est clair que l'albuminurie chronique, dépassant deux à trois mois après l'accouchement, entraîne avec elle l'idée d'une altération organique incurable des reins ; mais jusqu'à quelle époque exacte doit-on concevoir l'espoir de la guérison ou à quel moment faut-il se résoudre à perdre toute chance de salut? M. Picard (2) affirmait en 1856 que les analyses du sang permettaient de trancher la question. Une grande quantité d'urée dans le sang serait l'indice d'une altération plus ou moins avancée de substance rénale. Ce

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine* (Mémoire cité).

(2) Joseph Picard, *De la présence de l'urée dans le sang et de sa diffusion dans l'organisme à l'état physiologique et à l'état pathologique* (Thèse de doctorat. Strasbourg, 18 août 1856).

moyen de diagnostic, on le conçoit, n'est pas pratique quoique la science doive l'enregistrer.

D'après M. Hipp. Blot l'albuminurie n'aurait aucune influence sur la vie et le développement du fœtus. M. Cahen et M. Rayer sont loin de partager cette quiétude et pour eux cette influence serait des plus fâcheuses. Cazeaux pense que si la première opinion peut être exacte pour les cas les plus légers qui sont en fin de compte les plus fréquents, elle ne lui paraît pas fondée pour ceux dans lesquels l'albuminurie se complique d'anasarque et où elle survient avant la seconde moitié de la gestation. Il est très-disposé alors à les considérer comme une cause d'avortement, ou d'accouchement prématuré, et de mort du fœtus.

M. Hipp. Blot considère l'albuminurie comme une source d'hémorrhagie; c'est donc un phénomène qui doit toujours tenir en éveil l'attention et la sollicitude du médecin. Sa constatation sera très-importante à ce point de vue, et qui plus est, elle rendra compte de tous les troubles nerveux qu'on est appelé à rencontrer chez la femme enceinte.

HYDROPISIES.

Si personne ne conteste que l'albuminurie s'accompagne de l'anasarque, il est important de faire remarquer que cette infiltration est singulièrement favorisée dans son développement par la pression que l'utérus exerce sur les gros vaisseaux veineux situés dans l'abdomen.

L'hydropisie des femmes enceintes tient donc à deux ordes de causes : à des causes locales (compressions), et à des causes générales (altérations du sang). Elle débute dans les trois derniers mois de la grossesse par les membres inférieurs pour s'étendre plus ou moins haut, jusqu'aux cuisses et à l'abdomen et quelquefois même au tronc. Elle disparaît

d'abord la nuit, finit par persister, et enfin se dissipe en général assez rapidement après l'accouchement. Chez les femmes albuminuriques, nous l'avons déjà dit, la sécrétion d'albumine cesse le plus communément avec la même facilité. Le pronostic de ces infiltrations est d'ailleurs tout entier dans la présence et l'abondance de l'albumine dans les urines. Sans albuminurie, l'œdème n'offre pas de gravité; lié avec elle, il fait redouter l'éclampsie parmi les plus graves complications.

URÉMIE.

Sans vouloir traiter ici la question de l'urémie en général, nous ne pouvons nous dispenser d'en parler un instant après l'albuminurie puerpérale.

L'examen des urines albumineuses, d'une part, indiquant une notable diminution d'urée dans le liquide excrété; l'analyse chimique du sang, d'une autre part, démontrant l'augmentation de l'urée dans le sang, on dut naturellement faire songer à une véritable intoxication, et rapporter tous les troubles nerveux (paralysie, amaurose, éclampsie) à ce singulier empoisonnement.

M. Rayer, et avant lui Wilson, trouvèrent cette théorie plausible et la défendirent jusqu'au jour où M. Claude Bernard venant à injecter de l'urée dans le sang des animaux sut prouver qu'elle était absolument incapable par elle-même de produire les accidents nerveux dont nous parlons.

Frerichs, on le sait, vint au secours de l'urémie tombée en discrédit, et la défendit avec des arguments ingénieux. Se fondant sur la facile transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, et sur des injections faites avec cette substance chez des animaux bientôt pris de convulsions et de coma, il crut devoir rapporter au carbonate d'ammo-

niaque formé par l'urée dans le sang tous les accidents paralytiques ou convulsifs observés en pareille circonstance.

M. Claude Bernard voulut soumettre au contrôle de l'expérience cette nouvelle théorie, et malheureusement ses résultats furent négatifs. Si le carbonate d'ammoniaque, dit cet éminent physiologiste, est injecté en petite quantité, il ne produit rien. Lorsque nous l'avons injecté en proportion plus considérable dans le sang d'un chien, l'animal a poussé des cris et a été pris d'une agitation extrême qui a duré quelque temps ; néanmoins il est revenu à la vie.

La conclusion est forcée. Le carbonate d'ammoniaque ne peut être mis en cause, et nous ne saurions partager les opinions de Frerichs (1).

Schottin croit que le principe toxique provient ici de matières extractives qui accompagneraient l'urée, resteraient dans le sang, et y produiraient un empoisonnement que M. Gubler appelle urinémie.

Quoi qu'il en soit de cette nouvelle doctrine, et sans vouloir discuter ici (ce qui nous entraînerait trop loin) les opinions de Traube et M. G. Sée, que notre ami M. le docteur Alfred Fournier a consignées dans sa thèse, et après avoir constaté que la question est insoluble dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons pourtant affirmer que les faits cliniques existent, et que si leur pathogénie est encore à trouver, ils n'en conservent pas moins toute leur signification au lit du malade, soit pour le diagnostic, soit pour le pronostic.

(1) A. Fournier, thèse de concours, 1863. — Tarnier, Cazeaux, nouvelle édition.

TROUBLES DE SÉCRÉTIONS ET DE NUTRITION

SÉCRÉTION (URINE).

Les qualités de l'urine sont singulièrement modifiées dans la grossesse. Indépendamment de la glycosurie, de l'albuminurie qui doivent être placées au rang des maladies de la femme enceinte, cette urine, acide et limpide, tient en dissolution une matière albuminoïde en excès, qui se transforme aisément au contact de l'air en carbonate d'ammoniaque. C'est alors que se forme à la surface de l'urine une pellicule blanchâtre qui a reçu le nom particulier de kyestéine (κυησις, grossesse), et qui n'est autre chose que des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Son existence est loin d'être constante, et grâce aux nombreux travaux auxquels elle a donné lieu (Nauche, Éguisier, Tanchou, en France; Letheby (1), en Angleterre; Stark, à Édimbourg; Kane, en Amérique, in *Amer. Journal of the medical sciences*, july 1842), elle a pris aujourd'hui une influence considérable dans la pathogénie de l'ostéomalacie. M. le professeur Trousseau y a consacré un long chapitre dans sa Clinique médicale (2).

PTYALISME.

Cet accident survient assez fréquemment dans l'état de gestation, dure ordinairement quelques semaines : toutefois, dans certains cas rares, on l'a vu persister tout le temps de la grossesse et même ne cesser qu'un mois après l'accouchement. Jamais pourtant il n'a entraîné de conséquences fâcheuses.

PIGMENT.

Sans insister sur les taches pigmentaires qu'on ren-

(1) *London med. Gazette.*

(2) Trousseau, *Clinique médicale.* Paris, 1865, t. III, p. 482.

contre sur les mamelles, le ventre et le visage, on ne peut les séparer de l'idée générale que nous nous faisons des modifications des femmes enceintes.

OSTÉOPHYTES.

Enfin, on trouve pendant la grossesse et après l'accouchement, entre la table interne des os du crâne et la face externe de la dure-mère, une production nouvelle, d'abord fluide, qui s'épaissit peu à peu, s'ossifie et donne plus d'épaisseur aux parois crâniennes en formant des plaques composées d'un tissu spongieux enfermé entre deux lames de tissu compacte.

Dans un degré plus avancé, il ne reste plus de plaques isolées ; leur réunion forme une véritable calotte osseuse, qui recouvre la dure-mère et s'étend jusqu'au trou occipital en s'amincissant progressivement.

Sur 231 femmes mortes en couches, M. Ducrest a rencontré les ostéophytes chez 90 sujets, c'est-à-dire chez plus d'un tiers. M. Al. Moreau est arrivé à une proportion plus forte : sur 40 ouvertures crâniennes, 27 fois les ostéophytes se sont présentés à son observation. D'un autre côté, comme opérations parallèles, 71 crânes (35 hommes, 36 femmes mortes en dehors des couches) ont été examinés par M. Ducrest (1) et M. Cossy, interne des hôpitaux, et dans aucun cas les ostéophytes ne se sont présentés aux investigations minutieuses de ces habiles observateurs. Ces ostéophytes ont été également constatés sur le trajet des os longs et des os du bassin. Comme ces plaques étaient épaisses et dures, et que les femmes qui les portaient moururent entre 3 et 72 heures après l'accouchement, il répugne d'admettre qu'elles aient pu acquérir cette consistance et leur grand développement en deux ou trois jours. La gros-

(1) Ducrest, *Mém. de la Société médicale d'observation de Paris*, 1844.

sesse est donc la seule qui puisse être imputée ici. Cette modification naît donc sous l'influence de la grossesse, disparaît ensuite ; malheureusement ses causes et son importance nous échappent jusqu'à ce jour (Tarnier). Rokistansky (de Vienne) l'a également notée et l'a rapportée aussi à la grossesse.

OSTÉOMALACIE.

Décrite pour la première fois par Gschusius, médecin arabe (1), elle ne fut réellement connue qu'à partir de 1710 et 1753 (Morand rapporta l'observation si célèbre de la femme Supiot qui en est le type le plus parfait). Plus tard, les faits se sont multipliés, et quelques thèses (entre autres celle de M. Beylard, chef de clinique de M. Trousseau, 1852), éclairèrent d'un nouveau jour cette question si obscure du ramollissement des os chez les adultes. La cause qui certainement a le plus d'influence sur le développement de l'ostéomalacie, c'est l'accouchement et ses suites. Ainsi la femme Supiot avait eu quatre couches, suivies chacune d'accidents graves, d'abord une claudication, puis des douleurs avec enflure dans les jambes, enfin la paralysie de ces régions. Hunter, Cooper, Leeber, Lobstein, Dugès, ont tous remarqué cette particularité, que l'ostéomalacie se reproduisait plus spécialement chez les femmes qui avaient eu déjà de nombreuses couches. Toutes les mauvaises conditions hygiéniques facilitent son développement. Au point de vue anatomique, on trouve le tissu osseux ramolli, se laissant plier en tout sens, le doigt peut le déprimer, le scalpel le couper : le tissu osseux à la coupe est raréfié, contient dans ses aréoles multiples et d'aspect spongieux un liquide rose et gélatiniforme. Le canal médullaire des os longs est privé de cette substance graisseuse connue autrefois sous le nom de moelle des os. Les analyses chimiques ont signalé

(1) Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie*. Paris, 1851, t. II, p. 319.

une diminution très-considérable de phosphate calcaire.

Je n'ai point à m'étendre sur la courbure des os, la faiblesse qui en est la conséquence. Qu'il suffise ici de savoir que cette affection est ordinairement mortelle au bout d'un temps plus ou moins long.

HYPERTROPHIE DU CORPS THYROÏDE.

L'hypertrophie n'est point rare pendant la grossesse. Elle se dissipe après l'accouchement ; dans un cas, M. S. Tarnier (1) a constaté cette hypertrophie, et qui plus est, a vu l'organe s'enflammer et donner lieu à un abcès qui suppura fort longtemps. La guérison ne fut obtenue qu'après quelques mois. M. Natalis Guillot, au dire de M. Tarnier, a vu deux cas d'hypertrophies énormes persister après l'accouchement. La malade put allaiter son enfant pendant quatorze mois, mais l'hypertrophie fit de tels progrès que la respiration devint des plus pénibles ; et malgré la trachéotomie, la malade mourut. Dans un autre cas également emprunté au même auteur, l'hypertrophie formait une tumeur de 20 centimètres de circonférence au devant du cou. La respiration était gênée, lente, sifflante, la voix saccadée, la suffocation s'exaspérait par accès, et la malade finit par mourir dans un de ces paroxysmes. A l'autopsie, on trouva la trachée aplatie et les nerfs pneumogastriques comprimés. Enfin M. S. Tarnier vit, en 1861, un cas tout à fait semblable, et où l'autopsie démontra une compression de la trachée.

RELACHEMENT DES SYMPHYSES DU BASSIN.

Les symphyses du bassin se relâchent, au point parfois d'être le siége de douleurs au niveau des articulations sacro-iliaques et symphyses pubiennes, qui sont souvent attribuées à des lésions des organes contenus dans la cavité pelvienne (2).

(1) S. Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858.

(2) Cazeaux, *Accouchements*, addition de M. S. Tarnier, 7e édition. Paris, 1866, en cours de publication.

Ces douleurs s'exagèrent par la marche, la station verticale et tous les mouvements du tronc et des jambes. A un degré très-avancé, on peut s'assurer des mouvements des os du bassin, et dans un cas, M. Trousseau (1) a vu une femme chez laquelle on pouvait placer l'extrémité de l'index entre les os du pubis, et l'on sentait alors parfaitement que le cartilage interarticulaire était ramolli. Il faut assurer l'immobilité des os par une serviette ou un bandage. Nous n'aurions point parlé de cet état particulier des articulations du bassin si nous n'y avions trouvé une preuve de ces modifications profondes de la femme grosse.

MALADIES INTERCURRENTES

LEUR INFLUENCE SUR L'ÉTAT PUERPÉRAL (1re PÉRIODE, GESTATION).

Ces maladies se divisent en *locales* et *générales* ou *diathésiques*.

Les maladies locales peuvent siéger : 1° sur l'utérus, le placenta, le fœtus, etc., et sont du domaine de l'obstétrique à proprement parler ; 2° sur d'autres points de l'économie, et se manifester sous forme de congestion, hémorrhagie, inflammation, etc.

Les maladies générales peuvent être des fièvres, des diathèses, des cachexies, des empoisonnements, etc.

MALADIES LOCALES AUTRES QUE CELLES DE L'UTÉRUS, ANNEXES, FŒTUS, ETC., QUI SONT DU RESSORT DES ACCOUCHEMENTS.

Pneumonie. — C'est une des maladies qui déterminent, parmi toutes les phlegmasies de nos organes, le plus souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré.

(1) Trousseau (Leçons sur le relâchement des symphyses du bassin, 1865, mai).

Sur 15 cas (10 étant avant le sixième mois, 5 au septième, huitième, neuvième mois).

Sur les dix premières femmes, quatre ont avorté au quatrième, cinquième, sixième, neuvième mois, à dater du début de la pneumonie.

Chez trois, l'avortement a été suivi d'accidents graves du côté de la poitrine, et la mort est arrivée trois ou quatre jours après ; une seule a guéri.

Les six femmes qui n'avortèrent pas, succombèrent toutes au progrès de la maladie.

Sur les cinq femmes arrivées à une période avancée de la gestation, elles accouchèrent prématurément et moururent, sauf une seule qui mourut avant l'accouchement. En somme, une pneumonie chez une femme grosse est d'un pronostic très-grave, puisque, malgré la bonne condition de santé des malades de M. Grisolle (1), sur quinze malades, onze succombèrent. L'avortement est plutôt utile que nuisible en cette occurrence.

Autres maladies inflammatoires diverses. — Les faits ne sont pas assez nombreux, et d'ailleurs souvent contradictoires. La conclusion, dès lors, devient impossible à tirer.

ICTÈRE GRAVIDIQUE.

L'ictère gravidique peut se montrer depuis le premier jour jusqu'au dernier de la grossesse. M. Monneret, dans son cours de cette année 1866, en décrit les espèces qui sont formidables. Les ictères simples sont sans influence sur la grossesse. Les ictères graves, au contraire, compromettent infailliblement la vie de la mère et de l'enfant. Souvent, en pareille circonstance, le début ne présente aucun symptôme inquiétant; puis à un moment donné sur-

(1) Grisolle, *Traité de la pneumonie.*

viennent des vomissements, des désordres nerveux. Les femmes finissent par tomber dans un état d'ataxie adynamique qui les enlève avant ou après la parturition. De là une foule de questions très-graves à soulever au sujet de l'avortement.

M. Bardinet (1) a observé une épidémie d'ictère grave dont voici le résumé : Treize femmes furent atteintes d'ictère, cinq accouchèrent au neuvième mois sans offrir le moindre accident, cinq avortèrent ou firent un accouchement prématuré. Chez les trois dernières, la maladie présenta les caractères d'ictères graves. Des accidents ataxiques, puis comateux, entraînèrent rapidement la mort des mères et des enfants. Les multipares furent frappées comme les primipares, mais toutes avaient dépassé le cinquième mois de la grossesse (2). Voici d'ailleurs le résumé du mémoire de M. Bardinet (de Limoges).

1° L'ictère peut se présenter d'une manière épidémique chez les femmes enceintes.

2° Il se manifeste alors sous trois formes différentes.

a. Dans la première, il reste à l'ictère simple ou bénin, et alors il laisse la grossesse arriver heureusement à son terme.

b. Dans la deuxième, il offre un certain degré de gravité, et il offre ce qu'on a appelé le caractère abortif, et détermine soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré, sans autre suite fâcheuse.

c. Dans la troisième forme, il prend franchement le caractère d'ictère grave. Il détermine des accidents ataxiques et comateux qui déterminent rapidement la mort de la mère

(1) Bardinet, Limoges, 1859.

(2) Hipp. Blot, *De l'ictère épidémique chez les femmes enceintes, de son influence comme cause d'avortement et de mort*, rapport à l'Académie, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1864, t. XXX, p. 55.

et de l'enfant. Des épidémies semblables ont été observées par F. Kerksig (1794), Ozanam, Carpentier (1845), Douillé (1862), et Caradec (1863).

M. Hipp. Blot, dans un cas d'ictère grave terminé par la mort, a vu à l'autopsie des ecchymoses sur la peau et à la surface du cerveau, des poumons, du cœur et du canal intestinal. Le foie était petit, foncé, sans traces jaunâtres. Au microscope, ce tissu ne présentait aucune trace de cellules hépatiques. Dans toutes les préparations on ne retrouvait que des éléments graisseux mêlés à de la matière biliaire (note de M. S. Tarnier). M. Hipp. Blot et M. S. Tarnier ont de la tendance à rapporter cette fâcheuse prédisposition des femmes enceintes à contracter des ictères à l'altération du foie des femmes graviditiques. Dans les cas graves, jusqu'à présent le traitement n'a pas été efficace, et les hommes de l'art sont à se demander si l'accouchement ou l'avortement provoqués ne précipiteraient pas encore la marche fatale des accidents nerveux.

MALADIES GÉNÉRALES.

Variole. — La variole discrète permet le plus souvent à la grossesse de continuer son cours, et même alors qu'elle en interrompt la marche, la mère guérit et l'enfant est expulsé vivant. La variole confluente, au contraire, provoque l'avortement dans l'immense majorité des cas, et sur vingt-trois avortements, vingt-deux sont suivis de la mort de la mère et du fœtus (Serres). Cependant il ne faudrait pas croire que la variole se transmette nécessairement au fœtus. De plus, voici quelques faits très-curieux à cet égard. Deux femmes furent inoculées de la variole, l'éruption fut discrète, la grossesse continua son cours. Elles accouchèrent au terme ordinaire de deux enfants bien portants qui, à l'âge de trois ans, furent inoculés et eurent une vaccine régulière.

Quelquefois, le fœtus seul peut être affecté de variole pendant la vie intra-utérine, alors que la mère n'en porte pas les traces.

La variole congénitale se montre à toutes les époques de la grossese. Rare avant trois mois, d'ordinaire discrète, composée d'une centaine de pustules plates, comme celles des muqueuses, ne laissant aucune trace; ce qui dépend évidemment de leur lubrification par le liquide amniotique.

La variole qui se développe chez le fœtus dans le sein de sa mère est presque infailliblement mortelle.

La *scarlatine*, qu'il ne faut pas confondre avec les éruptions scarlatiniformes, agit moins violemment sur la mère et le fœtus. Le pronostic est moins sérieux que pour la variole. Cependant il est tout entier subordonné à l'intensité de la scarlatine elle-même.

La *rougeole* n'offre point de caractère aussi fâcheux. M. Grisolle en a observé 4 cas chez les femmes enceintes sans la moindre perturbation appréciable. Pourtant, comme le fait remarquer M. S. Tarnier, M. L. X. Bourgeois, de Tourcoing (1), en a observé 15 cas dans lesquels huit avortèrent ou accouchèrent avant terme. Plus rapprochée de l'époque de la gestation, la femme enceinte était plus sérieusement malade.

Plusieurs auteurs, Rosen, M. Guersant, M. L. X. Bourgeois, virent des enfants naître avec la maladie rubéolique. Sur 3 à 4 cas, un enfant mourut peu de temps après sa naissance.

Fièvre typhoïde. — Elle peut atteindre les femmes grosses à toutes les époques de la gestation. Dans les premiers mois, elle provoque souvent l'avortement.

(1) L. X. Bourgeois, *De l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse sur la santé et la constitution de l'enfant*, mémoire récompensé par l'Académie impériale de médecine. Paris, 1862.

Voici des chiffres empruntés à M. L. X. Bourgeois, le Tourcoing (1), et qui ont bien leur éloquence :

Sur 22 femmes atteintes de fièvre typhoïde pendant les remiers mois de la grossesse :

6 n'ont eu qu'une maladie légère et n'ont pas avorté;

16 ont été atteintes de symptômes graves; 12 ont avorté.

Sur 15 cas de fièvre typhoïde (grossesse au 7e mois), accouchements prématurés (1 septénaire), 3 enfants morts; 1 a vécu deux jours, le dernier a survécu.

Les autres femmes ont accouché dans le deuxième septéaire : 2 enfants morts en naissant, 1 a vécu deux jours et emi et un seul a pu être élevé.

Parmi les maladies qui peuvent survenir pendant la grosesse, il faut encore citer :

Les *fièvres intermittentes*, dont le pronostic est assez sérieux, puisque, d'une part, elles peuvent provoquer l'avortement, et que, d'une autre, elles atteignent le fœtus lui-même.

Le professeur Stokes, de Dublin, dit avoir vu une femme nceinte affectée de fièvre tierce, et chez laquelle le fœtus résentait quelques mouvements convulsifs, et dont les paoxysmes avaient cela de remarquable qu'ils correspondaient ériodiquement aux jours d'apyrexie de la mère. M. Pitre 'Aubanais a rapporté deux observations de femmes eneintes atteintes de fièvre intermittente qui la communiuèrent à leurs enfants.

Ces enfants vinrent au monde avec une hypertrophie de rate, et chez eux les accès de fièvre intermittente reveaient aux mêmes heures et aux mêmes jours que se montrait accès fébrile chez la mère (L. X. Bourgeois, de Tourcoing). I. Jacquemier rapporte des faits semblables (Tarnier) (2).

(1) L. X. Bourgeois (de Tourcoing), *Mémoire de l'Académie impériale de édecine*. Paris, 1862, t. XXV.

(2) Tarnier, Cazeaux. Paris, 1866.

Syphilis. — Cette maladie est une cause très-fréquente d'avortement ou d'accouchement prématuré. Tantôt la mère, arrivée à la dernière période de la cachexie, ne possède plus pour l'enfant les conditions nécessaires à son développement et sa nutrition; tantôt (et c'est le cas le plus commun) la mère ne paraît pas sensiblement atteinte, et le fœtus est expulsé à une époque variable, portant les traces des accidents syphilitiques souvent considérables : des abcès du thymus (Paul Dubois); des foyers purulents dans les poumons (Depaul). Le foie est atteint de cette altération singulière si bien décrite dans ces derniers temps par M. Gubler; le péritoine est enflammé et contient des épanchements séro-purulents (Simpson). Il n'est pas rare de voir sur la plante des pieds et des mains des traces de pemphigus. Enfin, dans certains cas, l'enfant naît à terme, vigoureux et indemne de tout accident, quoique le père ou la mère aient été ou soient encore syphilitiques.

Le père, étant seul syphilitique, peut-il donner la syphilis à l'enfant? Deux opinions opposées : MM. Notta, Charrier, E. Follin, ne croient pas à l'influence du père pour la transmissibilité de la vérole; MM. Trousseau, Diday, Bourgeois, Depaul, admettent cette transmission comme démontrée quoique naturellement sujette à des exceptions.

L'influence de la mère syphilitique est universellement admise, surtout si la mère était syphilitique au moment de la conception. Mais la mère, étant infectée pendant la grossesse, peut-elle encore transmettre la syphilis à l'enfant? M. Ricord répond affirmativement, jusqu'au sixième mois; Abernetty, jusqu'au septième, et M. Cullerier, pendant tout le temps de la grossesse. Si les malades, toutefois, suivent un traitement antisyphilitique bien approprié, l'enfant peut naître à terme avec tous les attributs d'une excellente santé et d'une vigoureuse constitution.

Intoxication saturnine. — Notre ami le docteur Constantin Paul (1) a étudié les effets de cet empoisonnement. Frappé de l'observation d'une femme qui, sur 10 grossesses, avait eu 8 fausses couches, 1 enfant mort-né, 1 seul venu à terme et mort à cinq mois, il fit des recherches dans ce sens et apprit que toutes les femmes des ateliers où les préparations de plomb étaient en usage étaient sujettes à faire des fausses couches. Sur un chiffre de 123 grossesses, il y avait eu 64 avortements, 4 accouchements prématurés, 5 mort-nés, 20 enfants morts dans la première année, 8 dans la seconde, 7 dans la troisième, 1 seul mort plus tard, 14 survivants, dont 10 seulement au-dessus de trois ans. L'auteur de ce mémoire a noté, en outre, que, dans une série de faits, des femmes qui avaient eu des couches heureuses avant de s'exposer à l'influence du plomb, virent leurs produits en subir les atteintes dès qu'elles travaillèrent dans des ateliers spéciaux. D'un autre côté, on a pu voir l'alternance des avortements et des accidents de toute nature avec des grossesses régulières, suivant que les femmes reprennent ou suspendent leur profession. Enfin, dans une dernière série, M. C. Paul a vu que l'enfant peut succomber sans que la mère ne paraisse être victime de l'intoxication saturnine.

Phthisie. — Il était généralement admis que la grossesse suspendait momentanément la marche de la phthisie, quand M. Grisolle a prouvé que cette allégation était erronée.

Sur 27 cas, dont 24 se rapportent à des femmes chez lesquelles la phthisie se développa pendant le cours de la grossesse, et trois autres qui présentaient antérieurement les signes rationnels des tubercules au moment de la conception, M. Grisolle ne vit point la grossesse enrayée par la gestation.

Les accidents locaux et généraux continuèrent de se déve-

(1) Constantin Paul, *Arch. gén. de méd.*, 1860.

lopper d'une manière régulière. Mais il est vrai d'ajouter que la grossesse n'a point précipité ni exagéré la marche d'aucun symptôme. Au contraire, l'hémoptysie a peut-être été un peu moins fréquente. La durée totale de la phthisie, chez 13 femmes, a paru diminuée (neuf mois et demi en moyenne).

L'accouchement, en raison de la mollesse et de la faiblesse du périnée chez les sujets amaigris, est d'ordinaire plus facile chez les phthisiques ; et l'influence que peuvent exercer les tubercules sur la grossesse paraît assez bien démontrée aujourd'hui, quoiqu'elle soit de beaucoup moins meurtrière que celle de la pneumonie. D'ordinaire, la sécrétion du lait s'établit à son heure, et au moment voulu d'une manière très-régulière, puis au bout d'un temps fort court, quelques semaines, un mois, la sécrétion lactée est tarie, après avoir considérablement épuisé les malades et provoqué chez l'enfant un ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale.

Quant aux *névrose*, *hystérie*, *épilepsie*, qui, disait-on, devaient diminuer d'intensité et même guérir par le mariage et la grossesse, il est péremptoirement établi aujourd'hui (Briquet) (1) que les rapports sexuels et la gestation ne font que les exagérer.

Le rhumatisme, chez les femmes grosses, a de la tendance à la fixation, et l'on trouve dans M. Bouillaud (2) 1 cas de suppuration bien manifeste des cavités articulaires.

Les affections chroniques du cœur sont singulièrement aggravées par le développement utérin et le travail mécanique de l'accouchement.

Choléra. — Beaucoup plus grave chez les femmes enceintes ; l'avortement est la règle (Bouchut, Vigla, note de M. Choyau, 1865).

(1) Briquet, *Traité de l'hystérie*. Paris, 1859.
(2) Bouillaud, *Traité du rhumatisme articulaire*. Paris, 1840.

DEUXIÈME PARTIE

PARTURITION

MALADIES GÉNÉRALES

FIÈVRE PUERPÉRALE

Historique. — Il existe quatre époques dans l'histoire de la fièvre puerpérale.

Dans la première époque, qui s'étend depuis Hippocrate jusqu'au XVIIe siècle, on ne trouve que quelques phrases et quelques observations indiquant les dangers courus par la femme en couches.

Mais, dans la deuxième époque, qui est limitée par la naissance de l'anatomie pathologique (XVIIe et XVIIIe siècles), la fièvre puerpérale est parfaitement reconnue comme un genre de maladie à part, avec son caractère épidémique. Le rêve des dépôts laiteux prend faveur. Willis (1), le contemporain de Sydenham, baptise cette affection du nom qu'elle porte aujourd'hui. Mauriceau, Puzos (2), décrivent avec Sauvage deux espèces de métrite puerpérale, toutes deux très-graves et très-dangereuses. Puis vint la pauvre théorie de la métastase laiteuse, défendue avec acharnement par Doublet (3) et Doulcet (4).

Troisième époque. L'anatomie pathologique dès la fin du siècle dernier et durant le premier siècle du nôtre, dirige les esprits vers la localisation phlegmasique de la fièvre

(1) Willis, *Opera omnia*, Lugduni, 1676, t. I, p. 175.

(2) Puzos, *Des maladies aiguës produites par les dépôts laiteux*. Paris, 1759.

(3) Doublet, *Mémoire sur la fièvre à laquelle on donne le nom de fièvre puerpérale*, *in Journ. de méd.* de Bacher. 1782.

(4) Doulcet, *Mémoire sur la maladie qui a attaqué en différents temps la femme en couches à l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris, 1782.

puerpérale. Hunter, Johnston, Walther, Cruikshanks avaient indiqué que la fièvre puerpérale n'était autre chose qu'une péritonite. Cette idée fut partagée par Pinel, développée par Gasc (1) en 1802, et enfin adoptée par Broussais (2) et Laennec (3).

La doctrine de la péritonite partagea le sort de toutes les choses de ce monde, elle eut son règne et son époque.

Les travaux si nouveaux de Dance (4), Tonnelé (5), de Duplay (6) semblèrent le dernier mot de la science ; la phlébite et la lymphangite utérine prirent le premier rang, et la théorie de la péritonite tomba pour le moment dans une complète désuétude.

Quatrième époque. — Les opinions sont fort divergentes. Nous verrons à propos de la nature de la fièvre puerpérale qu'il s'est formé plusieurs camps bien distincts.

MM. P. Dubois (7), Danyau (8), Depaul (9), Monneret (10) croient à la fièvre puerpérale, comme fièvre, comme entité fébrile en tout point semblable aux fièvres proprement dite.

A côté des essentialistes se placent les localisateurs qui forment une phalange considérable. MM. Velpeau (11), Gri-

(1) Gasc, *Dissertation sur la maladie des femmes à la suite des couches.* Paris, 1802.

(2) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques.*

(3) Laennec, *Journal de médecine de Corvisart*, t. IV et V.

(4) Dance, *Essai sur la métrite aiguë puerpérale.* Paris, 1842. — *De la phlébite interne et de la phlébite en général, considérées sous le rapport de leurs causes et de leurs complications* (*Archives générales de médecine*, 1828).

(5) Tonnelé, *Traitement de la fièvre puerpérale et en particulier des saignées locales ou générales.* Paris, 1830.

(6) Duplay, *De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement* (*Arch. gén. de méd.* Paris, 1836).

(7) Dubois, *De la fièvre puerpérale*, 1858.

(8) Danyau, *De la fièvre puerpérale*, 1858

(9) Depaul, *De la fièvre puerpérale*, 1858.

(10) Monneret, *Compendium et traité de pathologie générale.* Cours de 1866.

(11) Velpeau, *De la fièvre puerpérale.* Communication à l'Académie, 1858.

solle (1), Béhier (2), Jacquemier, Beau (3), etc., etc. La localisation a lieu soit dans le péritoine, soit dans les veines utérines, soit dans tous ces organes (péritoine, veines lymphatiques).

La pyémie est défendue par M. Voillemier (4) et M. Bouchut.

MM. Helm (5) et Tardieu (6) n'admettent point une fièvre puerpérale mais des maladies puerpérales.

Pour M. Trousseau (7) il n'y a point de fièvre puerpérale; il existe une cause spécifique qui domine tout et produit tous les désordres.

Enfin sur un autre plan vient se placer une doctrine fondée sur la résorption putride de la face interne de l'utérus, à la tête de laquelle on distingue M. Hervez de Chégoin (8), et qui a été soutenue par M. Dumontpallier (9). Tel est très en raccourci l'aperçu historique de cette immense question de la fièvre puerpérale.

Ces diverses théories ont trouvé des adhérents comme des adversaires parmi une foule de médecins que je ne puis citer tous : Pajot (10), Charrier (11), Tarnier (12), Lorain (13), etc., etc.

(1) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, art. PÉRITONITE PUERPÉRALE.

(2) Béhier, *Conférences cliniques faites à l'hôpital de la Pitié*, 1864.

(3) Beau, *De la fièvre puerpérale*. Communication à l'Académie.

(4) Voillemier, *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement*, *in Journ. de méd. chirurg.*, 1839, et *in Clinique chirurgie*.

(5) Helm, *Traité des maladies puerpérales*. Paris, 1840.

(6) Tardieu, *Observations et recherches critiques sur les différentes formes des affections puerpérales* (*Journal des connaissances médico-chirurg.*, 1841).

(7) Trousseau, *De la fièvre puerpérale*. Communication à l'Académie, 1858.

(8) Hervez de Chégoin.

(9) Dumontpallier, Thèse.

(10) Pajot, *Gazette des hôpitaux*, 1861, 1862.

(11) Charrier, *De la fièvre puerpérale*, épidémie, 1854-1855. Paris, thèse de doctorat.

(12) Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858, in-8.

(13) Lorain, *De la fièvre puerpérale des femmes en couches, du fœtus et du nouveau-né*. Thèse de doctorat, 1855.

M. Lorain a même décrit une fièvre puerpérale des nouveau-nés.

Altérations anatomiques. — Celle qu'on doit placer sans contredit au premier rang, c'est la suppuration, c'est le pus. Quoiqu'on le rencontre le plus communément dans les organes du petit bassin (l'utérus et ses annexes et le péritoine), il faut s'attendre à pouvoir en constater la présence dans tous les points de l'économie. C'est en raison de ce fait remarquable, que M. Voillemier avait proposé de substituer au nom de fièvre puerpérale celui de *fièvre pyogénique des femmes en couches.* Cette appellation doit être rejetée et nous dirons pourquoi.

Passons en revue successivement tous les appareils et tous les organes de l'économie, et portons tout d'abord notre attention sur la cavité du bassin.

On y trouve l'utérus plus ou moins revenu sur lui-même, offrant à sa face interne une surface couverte de détritus, d'une épaisseur variable couleur de lie de vin ou noirâtre, gluant, sanieux, adhérent à la face interne, mais surtout à la partie qui donne insertion au placenta, ayant une odeur particulière, ordinairement une odeur de putréfaction insupportable. Les parois de l'utérus sont molles, flasques, faciles à déchirer, se laissent pénétrer par le doigt qui les presse; parfois même elles sont réduites à une espèce de putrilage répandant une odeur gangréneuse (métrite gangréneuse des auteurs, *putrescentia uteri*, Boër, Luroth, Danyau (1), MM. Hervez de Chégoin (2) et Dumontpallier (3) en ont fait le point de départ de leur théorie. Parfois des eschares se produisent, et leur séparation détermine des perforations de la matrice.

(1) Danyau, Thèse de la Faculté de Paris, 1825.

(2) Hervez de Chégoin, *Bulletin de l'Académie de méd.* 1858

(3) Dumontpallier, *De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement.* Paris, 1857.

Les annexes de l'utérus, du vagin peuvent participer à ce ramollissement. M. Tardieu a vu les ovaires réduits à une sorte de putrilages (1).

Outre cette première altération de la matrice, on constate ordinairement les caractères d'une véritable inflammation suppurative. Le tissu propre de la matrice, rouge grisâtre et ramolli, contient dans ses parois un nombre plus ou moins considérable de collections purulentes du volume d'un pois. Ces abcès se remarquent plus particulièrement vers les parties latérales, le col utérin et le fond de l'organe, dans le tissu cellulaire qui existe à la base des ligaments larges. Dans la grande majorité des cas, la suppuration s'est étendue aux ligaments larges, aux trompes, aux ovaires et même aux ligaments ronds. C'est dans ces petits organes que parfois l'observateur pourra découvrir les seules lésions qu'il lui soit donné d'enregistrer dans les cas où l'autopsie semblait rester muette.

M. Béhier, dans ses conférences de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, insiste plus particulièrement sur les lésions qui peuvent se rencontrer dans les sinus utérins. Je lui emprunte tous les détails qui vont suivre : « Trois ordres d'altérations peuvent se reconnaître dans les vaisseaux de l'utérus, en général à des degrés divers.

» Dans plusieurs veines qui rampent dans le tissu utérin, on constate l'existence de simples caillots denses, fibrineux, rouges noirâtres, non adhérents.

» Dans d'autres veines situées plus profondément, on rencontre des caillots d'un rose sale tout à fait adhérents à la partie veineuse, c'est un mélange de sang et de pus. Enfin, plus profondément encore, c'est du pus véritable ; pus crémeux, phlegmoneux, ou bien du pus concret disposé en

(1) Tardieu, *Journal des connaissances médico-chirurg.*, 1841.

caillots purulents. Les parois veineuses sont, au niveau de ces collections, souvent d'un blanc nacré, ce qui, pour Dance (1), Tonnelé (2) et M. Béhier (3), n'est nullement une preuve d'absence d'inflammation veineuse.

Ailleurs la paroi interne des veines est manifestement le siége de phlébite. La surface interne est inégale, tomenteuse, onduite de produits plastiques purulents et environnée d'une zone de fausses membranes baignées dans du pus. Tantôt, nous l'avons dit, ces phlébites, ces collections purulentes seront discrètes, étalées, tantôt elles seront confluentes et pourront occuper la totalité des vaisseaux de l'utérus.

Ces altérations s'étendent aux plexus veineux et aux veines du voisinage, les veines des ligaments larges, le plexus pampiniforme; les veines ovariques sont fréquemment le siége des mêmes désordres. Enfin les veines hypogastriques, les veines iliaques, les crurales, les saphènes, la veine cave au point d'abouchement des iliaques, et même à une hauteur plus grande, peuvent offrir les trois ordres de lésions précédemment décrites, les simples coagulations, les produits pseudo-membraneux, ou les collections purulentes.

MM. Velpeau et Béhier ont signalé dans certains cas une véritable sanie gangréneuse. La fréquence de la suppuration des veines est tout entière dans le résumé suivant. Sur 145 autopsies, elle a été rencontrée 141 fois.

Les lymphatiques participent d'ordinaire à ces mêmes lésions. Ces vaisseaux se présentent alors sous l'aspect de petits canaux très-ténus, flexueux, renflés de distance en distance; tantôt ils ne dépassent pas les limites de l'utérus, convergent vers les angles de cet organe et se perdent dans la racine des ligaments larges; tantôt ils gagnent ces

(1) Dance, *loc. cit.*
(2) Tonnelé, *loc. cit.*
(3) Béhier, *Conférences de clinique médicale.*

ligaments recouvrant les ovaires, les psoas, se jettent dans les ganglions lombaires (Tonnelé, Duplay), dans les ganglions au devant de la veine cave et de l'aorte (Bidault, Arnoult), ou dans ceux qui circonscrivent le réservoir de Pecquet (Tonnelé et Botrel), ou vers les reins, le foie ou la rate.

Le péritoine, dans l'immense majorité des cas, est le siége d'une inflammation qui peut être partielle, localisée au bassin, ou généralisée à la totalité ou à la presque totalité de la cavité péritonéale. Quelquefois la rougeur est peu prononcée; mais ordinairement on constate un épanchement abondant de liquide purulent, et de larges fausses membranes molles qui tantôt sont flottantes, tantôt recouvrent exactement la surface péritonéale et enveloppent tout le paquet intestinal.

L'étendue des lésions du péritoine varie avec le génie épidémique. M. Tarnier (1), dans une épidémie, les a constamment vues occuper une grande partie de cette membrane. A d'autres époques, c'est à peine si elle contenait un peu de sérosité louche. Il semble alors que les malades aient succombé avant que l'élément phlegmasique ait eu le temps de se développer. « Comme annexe de la péritonite puerpérale, dit M. Cruveilhier, je placerai l'inflammation diffuse ou phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal, inflammation extrêmement fréquente, presque aussi fréquente que la péritonite puerpérale, qu'elle accompagne dans l'immense majorité des cas toujours suppurés, qui occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'utérus qu'elle infiltre et le tissu cellulaire des ligaments larges : j'ai vu plusieurs fois, dit-il, cette infiltration purulente occuper les fosses iliaques, se prolonger en haut le long des vaisseaux ovariens

(1) S. Tarnier, *De la fièvre puerpérale*. Paris, 1858, in-8.

jusqu'au rein ; à droite, autour du cæcum et du côlon ascendant ; au milieu, le long de l'aorte et de la veine cave ascendante jusque dans l'épaisseur du mésentère.

« D'une autre part, le phlegmon diffus sous-péritonéal s'étend en bas dans le tissu cellulaire qui tapisse l'excavation pelvienne, dans le tissu cellulaire intermédiaire au vagin et à la vessie. Je l'ai vu se prolonger autour du vagin, et envahir même les parois de ce conduit infiltré de pus dans toute son épaisseur. »

L'inflammation péritonéale, par sa fréquence excessive dans la fièvre puerpérale, a servi et sert encore à faire désigner cette maladie sous le nom de péritonite puerpérale.

Il est assez fréquent de rencontrer une quantité plus ou moins considérable de pus dans une ou plusieurs articulations, et spécialement dans celles du genou et des hanches. Tantôt la synoviale et même les os sont injectés, tantôt les surfaces articulaires sont comme lavées, et il semble dans ce dernier cas qu'on ait affaire à des abcès métastatiques.

Assez souvent aussi on trouve du pus dans le tissu cellulaire des membres. Les abcès musculaires ne sont pas rares ; ils sont ordinairement placés loin du tronc à la face postérieure des membres, dans les muscles des avant-bras et des mollets. M. Tardieu (1) en a rencontré dans les muscles de la paroi abdominale. Leur fréquence dans telle ou telle partie de l'économie varie du reste avec l'épidémie.

Presque tous les viscères d'ailleurs peuvent être le siége de ces mêmes abcès ; ainsi le poumon, le foie, la rate, le cerveau, les reins (Dance, Tonnelé, Duplay, Tardieu, Botrel). M. Monneret fait à cet égard une remarque fort judicieuse : c'est que dans tous les cas où la suppuration s'était étendue au loin, l'épidémie était alors caractérisée par de

(1) A. Tardieu, travail déjà cité.

vastes phlébites des lymphangites suppurées, et dès lors pouvait se rapporter à l'infection purulente. Nous reviendrons sur ce point à propos de la nature de la fièvre puerpérale.

Ce qu'il faut de suite ajouter, c'est que d'une manière générale les abcès métastatiques du poumon et du foie sont de beaucoup plus rares que les lésions du bassin et du péritoine. D'autrefois les viscères n'ont pas été frappés de suppuration, ils ne sont que congestionnés ou ramollis. Enfin il n'est pas très-rare de trouver en même temps des signes d'hépatisation grise et des épanchements pleuraux entièrement purulents, et ici encore, comme pour les articulations, tantôt la séreuse pleurale est rouge, tantôt au contraire elle est pâle ou blanchâtre, sans la moindre altération de structure. Dans ces derniers temps on a vu des épidémies porter fréquemment sur cet organe (1).

En dehors du ramollissement de la muqueuse du tube digestif, on constate une sorte d'éruption portant sur les follicules de Brunner et les follicules isolés, ne dépassant pas les limites de la valvule iléo-cæcale. Cette sorte de psorenterie existerait surtout chez les femmes qui succombent en quelques heures, et elle tendrait à disparaître au dixième jour. Les plaques de Payer sont fréquemment tuméfiées, rougeâtres (Laserre).

M. Charrier (2) a observé des faits analogues : le canal intestinal, dit-il, est souvent altéré dans sa texture, on y trouve des ulcérations dans tout l'appareil folliculeux et glanduleux de l'intestin ; dans le duodénum, ce sont les glandes de Brunner, dans l'intestin les glandes de Liberkühn et les glandes salivaires. C'est surtout à la partie inférieure de l'intestin grêle que l'on voit de ces éruptions confluentes qui ressemblent

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine.*

(2) Charrier, Thèse citée.

beaucoup à celles de la variole. Les follicules sont saillants et soulèvent la muqueuse intestinale. Cette espèce d'éruption s'arrête à la valvule iléo-cæcale. Mais, dans le gros intestin, nous avons souvent rencontré des ulcérations taillées à pic, ayant l'aspect du chancre à la période d'état, recouvertes d'une pseudomembrane blanchâtre, molle, pultacée, s'enlevant facilement par le scalpel ; au fond, on voit la tunique musculaire rouge clair, qui elle-même est souvent atteinte, quelquefois détruite à tel point que nous avons trouvé la membrane péritonéale seule épaissie, faisant le plancher de ces ulcérations. On dirait qu'elles sont faites à l'emporte-pièce : au pourtour point de traces de phlogose, pas d'injection capillaire. Quelquefois elles descendent très-nombreuses jusqu'au pourtour de l'anus.

Des gaz fétides, des lombrics dans l'intestin, l'engorgement des ganglions mésentériques, tels sont les principaux faits à signaler du côté du tube digestif.

Les méninges du cerveau et de la moelle peuvent offrir des injections comme des épanchements purulents, etc. Le cerveau et la moelle des ramollissements plus ou moins étendus. Le cœur et le péricarde ne sont pas toujours épargnés. Le premier peut être ramolli, le second rempli par un épanchement purulent.

« Quant au sang, dit M. Depaul (1), dans les nombreux examens cadavériques qu'il m'a été donné de faire, j'ai toujours trouvé le sang dans un état de liquidité tout particulier. Il offre à peu près constamment une couleur rouge violacé, qui a été comparée par plusieurs auteurs à celle de la gelée de groseille mal cuite. Il semble imprégner facilement les tissus et leur communiquer sa couleur spéciale. Enfin j'ai noté un aspect huileux vraiment remarquable et son peu

(1) Depaul, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*. Communication à l'Académie, 2 mars 1858.

d'aptitude à la coagulation. Il est bien vrai que l'on trouve parfois, dans le cœur, des caillots fibrineux, mous et décolorés. Je les ai vus manquer le plus souvent, mais je déclare à peu près constants les caractères que je viens de signaler.

Ce n'est pas tout ; des hommes dont l'opinion est d'un grand poids en hématologie, se sont livrés à des recherches chimiques et microscopiques qui ont donné quelques résultats remarquables. Voici ceux qui ont été consignés par le professeur Vogel dans le livre de Virchow (1) :

1° Le sang serait acide, et ce fait serait dû à la présence de l'acide lactique ;

2° On y aurait trouvé du carbonate d'ammoniaque ;

3° Dans d'autres cas de l'hyposulfate d'ammoniaque ;

4° Il aurait perdu la faculté de se coaguler ;

5° Les globules ne seraient plus aptes à rougir au contact de l'air, et par conséquent ne pourraient plus jouer leur rôle pendant la respiration ;

6° Ces globules seraient, en partie, décomposés et dissous dans le sérum, qui offrirait une coloration rougeâtre et d'un brun sale ;

7° D'après Lehmann (*Chimie physiologique*), on aurait trouvé, dans le sang, la matière colorante de la bile ;

Enfin Scanzoni, dans son *Traité des accouchements*, a été conduit, par des recherches de chimie pathologique, à reconnaître trois états :

1° Dans quelques cas, il y aurait une augmentation de la fibrine ;

2° Dans d'autres, une véritable pyémie, les divers éléments constitutifs restant dans leurs proportions normales ;

(1) *Handbuch der speciellen Pathologie and Therapie.*

3° Dans d'autres enfin, une dissolution, un état putride qui constituerait pour lui une véritable septicémie.

M. Bouchut avait cru constater la présence des globules de pus dans le sang. Il lui fut démontré plus tard qu'il avait commis une erreur. Ce qui ressort de tous ces documents, c'est que le sang est manifestement altéré. Ce caractère suffit-il à lui seul pour établir la nature de la fièvre puerpérale ? Nous ne le croyons pas.

En jetant un coup d'œil d'ensemble sur les diverses altérations constatées dans la fièvre puerpérale, on se rend facilement compte des raisons qui ont conduit les auteurs à invoquer la péritonite ou la phlébite, ou la lymphangite, ou même la gangrène comme point de départ de l'affection qui nous occupe. La grande fréquence de ces lésions en donne une explication suffisante.

Nous ne pouvons terminer cette étude anatomo-pathologique, sans parler de ces faits étranges dans lesquels l'autopsie restait muette devant les investigations les plus minutieuses ; MM. Depaul (1), P. Dubois (2), Tarnier (3) en citent des exemples. L'absence de toute lésion des solides ne paraît pas douteuse à ces observateurs distingués. M. Depaul en a recueilli plusieurs cas, qui ne laissent pas une minute son esprit en suspens. La dernière observation se rapporte à l'épidémie de 1857 ; et elle me paraît d'autant plus concluante, dit-il, que la femme qui en fait l'objet ne succomba que le quinzième jour après le début de l'affection. Or, chez elle, à part certaines altérations de sang, il n'y avait rien d'appréciable. M. Tardieu (4) a recueilli l'observation d'une femme morte de fièvre puerpérale, à l'autopsie

(1) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858.
(2) Paul Dubois, *loc. cit.*
(3) Tarnier, *loc. cit.*
(4) Tardieu, *Journal des conn. méd.-chirurg.*, 1841.

de laquelle « *on ne trouve rien, absolument rien;* tous les organes sont sains et offrent seulement la trace de l'anémie qui existait avant l'accouchement ».

Ces faits, quoique très-rares, sont authentiques. M. Béhier pense que, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, en pareille circonstance, un point quelconque en suppuration aura échappé à l'observateur, et il cite le fait suivant à l'appui de son opinion :

Un interne, distingué d'ailleurs, faisait une autopsie de femme morte en couches. L'utérus avait été examiné par des coupes nombreuses, et on n'avait pas trouvé de pus dans les vaisseaux; c'était une nouvelle autopsie, sans lésions, à ajouter aux quelques faits du même genre. Mais un de mes élèves, aujourd'hui mon collègue dans les hôpitaux, était présent, et il se fit fort, en trois coups de bistouri, de trouver des veines purulentes.... ; au second coup, il ouvrit une veine qui contenait une notable quantité de pus crémeux.

Beau (1) rapporte deux faits analogues : « a la suite d'une longue autopsie négative, on allait se retirer avec la conviction qu'il n'y avait pas de phlébite, quand MM. de Castelnau et Sappey en trouvèrent tout à coup des traces irrécusables. « L'an passé, un cas semblable s'est passé à l'hôpital Cochin : une femme de mon service succomba, au dix-septième jour, d'une fièvre puerpérale. On ne trouva rien d'anormal dans les grandes cavités splanchniques, et l'on sortait de la salle d'autopsie, quand, par hasard, un élève, enfonçant un scalpel dans la région fessière, donna issue à une grande quantité de pus. C'était un vaste abcès de la région lombaire complétement latent ».

Nous avons voulu mettre en présence les deux ordres de

(1) Beau, *Bulletin de l'Académie*. Communication, 1858.

faits et les opinions divergentes. La vérité ne doit reculer devant aucun aveu ni aucune difficulté. Nous verrons plus tard, si l'idée qu'on doit se faire de la nature de la fièvre puerpérale peut être obscurcie par les précédentes observations.

Les altérations de la fièvre puerpérale, nous l'avons déjà dit, se combinent de plusieurs manières, suivant les cas particuliers et, surtout, suivant les épidémies. M. Monneret donne, à cet égard, le résumé qu'on va lire; MM. Tardieu et Bourdon, dit-il, les ont toutes rencontrées; Duplay a presque toujours constaté la réunion de la péritonite, de la lymphite et du ramollissement de l'utérus, et M. Botrel cellé de la péritonite, de la lymphite et de l'infection purulente; Gardien, Gasc, Tonnelé, Huguier, ont surtout rencontré la péritonite et M. Nonat l'a trouvée réunie à la lymphite. La phlébite utérine s'est présentée très-fréquemment à Dance, et MM. Duplay et Ducrest, très-rarement à MM. Voillemier et Bouchut. Enfin, dans une même épidémie, on a observé très-fréquemment une lymphangite dans tel hôpital, la métropéritonite ou la phlébite dans tel autre.

On trouve dans Simpson le tableau suivant :

Sur 222 cas de fièvre puerpérale.

Métrite ovarite	197
Péritonite	193
Pus dans les veines et les lymphatiques	112
Pneumonie	23
Pleurésie	43
Pus dans le foie, poumons, muscles	19
Pus dans les articulations	10
Gastrite entérite	6
Péricardite	1

M. le professeur Behier est arrivé à une statistique différente : Sur 145 autopsies, il a trouvé 141 fois le pus dans les veines, et les autres cas, au point de vue de la phlébite

utérine, qui est la théorie de M. Béhier, ne présentent aucune valeur négative.

Sur 133 autopsies, ou les relevés sont complets à l'égard de la péritonite, le même auteur a rencontré 114 fois la péritonite, et, sur ces 114 cas, 46 fois la péritonite était bornée à l'un des points de l'appareil utérin.

La lymphangite, au contraire, ne se serait présentée que 43 fois dans ces mêmes 145 autopsies.

Les altérations de l'ovaire sont de : 75 sur 133.

Celles de la trompe de 45 sur 133.

La gangrène véritable s'est rencontrée 22 fois seule sur 130.

16 fois elle était associée à l'altération qui va suivre.

La putrescence de l'utérus 49 fois sur 133.

Dans 10 cas, il existait des abcès du foie : 5 fois des pneumonies suppurées, 2 ou trois fois des pleurésies et 10 fois les articulations et les muscles des membres renfermaient du pus.

Dans ces dernières années M. Charrier (1) a observé une épidémie semblable à celle que Leake et White ont signalée sous le nom de laiteuses (2).

Sur 65 malades soignées à l'infirmerie de la Maternité, 42 succombèrent : 15 fois, pleurésie double ; 11 fois, pleurésie simple. 6 fois la pleurésie a coïncidé avec la péritonite, 4 fois la péritonite a existé seule, et 6 fois la pleurésie a été antérieure à la péritonite.

Ces faits méritaient une mention toute spéciale. Churchill (3), dans le but précisément d'étudier la physionomie

(1) Charrier, *De la fièvre puerpérale*, épidémie observée en 1854 à la *Maternité de Paris* (thèse. Paris, 1855).

(2) Jacquemier, *Gazette hebdomadaire*, 2 avril 1858.

(3) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, traduction inédite de Wieland et Dubrisay. Paris, 1866, p. 961.

des épidémies en général, a dressé le plus exactement qu'il a pu une liste chronologique des différentes épidémies avec le nom des auteurs qui les ont signalées et décrites. Il a indiqué aussi, toutes les fois que cela a été possible, les caractères anatomo-pathologiques qu'elles ont présentés. (Les traducteurs eux-mêmes ont ajouté l'indication de quelques épidémies qui avaient échappé aux recherches de l'auteur).

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1664.	Paris.		Peu.	Peu, *La pratique des accouchements*. Paris, 1726, in-8.
1746.	Paris.	Péritonite, métrite, etc.	Malouin.	
	»	Maladie des ovaires.	Jussieu.	
1750.	Lyon.	Péritonite, phlébite utérine.	Doulcet.	Doulcet, *Mémoire sur la maladie qui a attaqué en différents temps les femmes en couches à l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris, 1782, in-4.
1750.	Paris.	Métrite, érysipèle.	Pouteau.	
1760.	Londres.	Inflammation de l'épiploon.	Leake (John)	Leake, *Practical Observations on the childbed fever*. London, 1770, in-8.
1760, 1761.	Aberdeen.		Gordon.	
1761.	Londres.	Péritonite.	White.	White, *Avis aux femmes enceintes et en couches, ou Traité des moyens de prévenir et de guérir les maladies qui les affligent dans ces deux états*. Paris, 1774, in-12.
1767.	Dublin.		Jos. Clarke.	Clarke, *An Essay on the epidemic disease of Lying-in women, in the years* 1787 *and* 1788. London, 1788, in-4; *Practical Essays on the management and on the inflammatory and febrile diseases of Lying-in-women*. London, 1793, in-8.

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1769.	Londres.			
1770.	Londres.	Péritonite partielle.	Leake.	Leake, *Practical Observations on the childbed fever*. London, 1770, in-8.
1771.	Londres.		White.	White, *Avis aux femmes enceintes et en couches, ou Traité des moyens de prévenir et de guérir les maladies qui les affligent dans ces deux états*. Paris, 1774, in-12.
1773.	Edinburgh.		Young.	
1774-1781.	Paris, Londres, Vienne.		Tenon, Doulcet, etc.	
1774-7-88.	Dublin.	Péritonite.	Jos. Clarke.	
1782.	Paris.	Péritonite, métrite.	Doulcet.	
1783.	Londres.	Péritonite.	Osborn.	
1786.	Paris.		Tenon.	
1787.	Göttingue.		Osiander.	
1787-1788.	Londres.	Péritonite, métrite.	Jos. Clarke.	
1788.	Londres.	Métrite, péritonite, etc.	Jos. Clarke.	
1789-1792.	Aberdeen.	Péritonite.	Gordon.	Gordon, *On the puerperal fever of Aberdeen*, in 1789-1792. Edinburgh, 1822.
1795.	Vienne.	Péritonite, phlébite.	Jæger.	
1803-1813.	Dublin.	Péritonite.	Collins, Douglas.	
1808.	Barnsley (Yorkshire).	Péritonite.	Hey.	Hey, *A Treatise on the puerperal fever, illustrated by cases, which occurred in Leeds and its vicinity, in the years 1809 and 1812*. London, 1815, in-8.
1811.	Heidelberg.		Nægele, Bayrhoffer.	Bayrhoffer, *Bemerkungen über das Epidemische Kindbetterinnenfeber*. Francfort, 1812, in-8. Nægele, *Schilderung des Kindbettfiebers*. Heidelberg, 1812, in-8.

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1812.	Holloway, London.	Péritonite.	Dun.	
1812-1813.	Leeds (Yorkshire).		Hey.	
1813.	Sunderland, comté de Durham et de Northumberland, Dublin.	Péritonite.	Armstrong.	Armstrong, *Facts and observations relative to the fever commonly called puerperal.* London, 1819, in-8.
1814-1815.	Edinburgh.		Hamilton.	
1816.	Paris.	Phlébite utér., métrite, périton.	Tenon.	
1817-1818.	Pennsylvania (États-Unis).	Péritonite.	Dewees.	
1818-1823.	Dublin.	Péritonite.	Collins.	
1819.	Vienne.		Boer.	
1819.	Glascow.		Burns.	
1821-1822.	Edinburgh.	Péritonite.	Campbell.	Campbell, *A Treatise on the epidemic puerperal fever, as it prevailed in Edinburgh in* 1821-1822, *with an Essay of the* Dr Gordon, *On the puerperal fever of Aberdeen in* 1788-1792. Edinburgh, 1822, in-8.
1821-1822.	Glasgow, Stirling.	Péritonite.	Campbell.	
1825-1829.	Dublin (Lying-in Hospital).		Collins.	
1827-1828.	Londres.	Péritonite.	Gooch.	Gooch, *An Account of some of the most important diseases of women.* London, 1829, in-8.
1827-1829.	Londres.	Péritonite, métrite.	Ferguson.	Ferguson, *Essays on the most important diseases of women*, part. 1, *Puerperal fever.* London, 1839, 1 vol. in-12.
1828.	Paris (hôpital St-Louis).		Lugol.	Lugol, *Observations de péritonites puerpérales recueillies à l'hôpital Saint-Louis* (*Journal des progrès*, 1829, t. XIX, p. 187 à 230).
1829.	Paris (Maternité).	Inflammation du péritoine, de l'utérus et de ses	Tonnelé.	Tonnelé, *Traitement de la fièvre puerpérale, et en particulier des saignées locales en général*, etc.,

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
		annexes, et péritonite utérine.		thèse. Paris, 1830, in-4 ; *Des fièvres puerpérales observées à l'hospice de la Maternité en* 1829 (*Archives générales de médecine*, Paris, 1830, t. XXII, XXIII).
1829-1840, par occasion.	Londres, Birmingham et Dublin (Lying-in Hospital).		E. Kennedy.	
1830-1832.	Paris (Maternité).		Cruveilhier.	Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XIIIe livr., contenant : des maladies des femmes en couches en général et du typhus puerpéral en particulier, avec trois planches coloriées présentant les caractères de la maladie observée pendant près de trois ans de pratique à l'hospice de la Maternité. 1830-1832.
1831.	Paris (Maternité).		Berier-Fontaine.	Berier-Fontaine, *Typhus puerpéral observé à la Maternité en* 1831, thèse. Paris, 1835, in-4.
1831.	Birmingham, Aylesbury.		Ceely.	
1833-1834.	Vienne.	Phlébite utérine.	Bartsch.	
1835-1838.	Londres.	Phlébite.	Ferguson.	
1836.	Paris (Cliniquc).		P. Dubois.	Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*. 4e édition. Paris, 1861, p. 968.
1836-1837.	Dublin (New-Lying-in Hospital).	Péritonite, pleurite.	Beatty.	
1838.	Londres.			
1828.	Paris (Cliniques).		Voillemier.	Voillemier, *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année* 1838 (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Paris, déc. 1839-1840) ; *Clinique chirurgicale*. Paris, 1862.
1839.	Berne.		Herman.	
1840.	Paris (Hôtel-Dieu).		Bourdon.	Bourdon, *Notice sur la fièvre puerpérale et sur ses différentes formes observées à l'Hôtel-Dieu de Paris en* 1840 (*Revue médicale*, Paris, 1841, t. II, p. 348).

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1842.	Paris (Maternité).		Lasserre.	Lasserre, *Recherches chimiques sur la fièvre puerpérale, faites à la Maternité*, thèse. Paris, 1842.
1842.	Rennes, Loudres.			
1843.	Rouen.			
1843, 1844.	Paris (Maternité), Hôtel-Dieu, hôpital Saint-Louis.		Moreau, Bidault et Arnoult.	Moreau, *Recherches sur la fièvre puerpérale épidémique observée à la Maternité de Paris en 1843 et 1844*, thèse. Paris, 1844, in-4. Bidault et Arnoult, *Note sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôtel-Dieu annexe et à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années 1843 et 1845* (*Gazette médicale*, 1845).
1844.	Rouen, Rennes.			
1844, 1845.	Dublin.		M'Clintock.	
1845.	Rouen, Paris, Grratz.			
1846.	Rouen, Dublin, Écosse.			
1848.	Kiel.		Michaelis.	Arneth, *Note sur le moyen proposé et employé par M. Semmelweis pour empêcher le développement des épidémies puerpérales* (*Ann. d'hyg. publ.*, 1851, t. LV, p. 286).
1849.	Berne.		Herman.	
1852.	Brakel, Westphalie		Disse.	
1854.	Paris (Maternité).		Charrier.	Charrier, *De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1834 à la Maternité de Paris*. Paris, 1855, in-4.
1854, 1855.	Dunkerque.		Zandyck.	Zandyck, *Études sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque de juin 1854 à mars 1855* (*Revue médicale*, Paris, 1856).
1856.	Paris (Maternité).	Péritonite, phlébite, fièvre puerpérale (pas de lésion locale).	Tarnier.	Tarnier, *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches*. Paris, 1857, thèse pour le doctorat. — *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*. Paris, 1858.

DATES.	LIEUX.	CARACTÈRES.	AUTEURS.	SOURCES.
1856.	Paris (Clinique et Hôtel-Dieu).		Lepetit.	Lepetit, *De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1856 à l'hôpital des cliniques et à l'Hôtel-Dieu de Paris*, thèse. Paris, 1856, in-4.
1857.	Prague.		Dor.	Dor, *Épidémie de fièvre puerpérale à Prague* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1858, t. V, p. 146).
1857.	Berlin (Charité).		Virchow.	Virchow, *Étude sur les maladies puerpérales qui ont régné à la Charité de Berlin* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1858, t. V, p. 516).
1858.	Helsingfors.		Pippinskoeld.	
1858.	Munich.	Fièvre typhoïde.	Kerschensteiner.	
1858.	Turin.	Fièvre typhoïde.	Giordano.	
1858.	Berne.		Von Franque.	
1859.	Wurzbourg.		Von Franque.	
1859.	Prague.		Herman.	
1859.	Paris.	Phlébite utérine, métro-péritonite, péritonite, érysipèle.	Témoin.	Témoin, *La Maternité de Paris en 1859*; thèse. Paris, 1860.
1860.	Wurzbourg.	Fièvre typhoïde.	Weber.	
1861.	Dublin.		Denham.	Denham, *On the recent Epidemie of Puerperal fever in Dublin* (*Dublin Journal*, novembre 1862).

Symptomatologie. — Le début de la fièvre puerpérale est ordinairement brusque, soudain. Très-rarement il est précédé par quelques phénomènes précurseurs, comme du malaise, de la courbature ou de la céphalalgie. M. Dubois a vu cependant des embarras gastriques bilieux se manifester

quelques jours avant l'explosion des accidents caractéristiques.

D'après M. Béhier, sur 475 femmes en couches, 199 présentaient avant le frisson initial un gonflement des annexes de l'utérus. Parfois une malade examinée avec le plus grand soin au moment de la visite, ne présente aucune trace de souffrance appréciable. A peine s'est-on éloigné de son lit qu'elle est prise d'un violent frisson. D'autrefois la maladie se déclare tout d'un coup au milieu de la nuit pendant le sommeil des malades qui se réveillent effrayées en se sentant saisies d'un tremblement général (Voillemier).

Le moment d'apparition des symptômes qui ouvrent la scène pathologique varie peu. La maladie se déclare quelquefois avant la délivrance. M. Tarnier en cite un exemple. Presque tous les accoucheurs ont observé des cas semblables. Le plus souvent c'est dans les trois premiers jours qui suivent l'accouchement. Le tableau suivant que j'emprunte à M. Tarnier confirme cette assertion (1).

Immédiatemement un peu après l'accouchement....	21 fois.
Un jour après l'accouchement.....	27 —
Deux jours.....	20 —
Trois jours.....	11 —
Quatre jours.....	4 —
Cinq jours.....	1 —
Huit jours.....	3 —
Après le 8e jour.....	0 —

Voici comment M. Depaul décrit le début de la fièvre puerpérale.

L'époque à laquelle surviennent les premiers accidents n'est pas une chose indifférente. La fièvre puerpérale, qui peut se déclarer pendant la grossesse, pendant le travail ou dans les premières heures qui suivent l'accouchement, apparaît surtout dans les quatre ou cinq premiers jours, et

(1) Tarnier, Thèse citée.

en particulier au bout de quarante-huit ou cinquante heures. Il est très-rare de la voir faire invasion après le huitième jour.

Un des phénomènes les plus constants, celui qui semble signaler l'invasion de la maladie, c'est le frisson, ordinairement remarquable par son intensité. Il ne se produit souvent qu'une seule fois, et quand il se répète c'est rarement après les premières vingt-quatre ou trente-six heures; quelquefois, cependant, il revient à des intervalles assez réguliers et peut simuler des accès de fièvre intermittente ou rémittente pernicieuse. Cette remarque avait déjà été faite par Osiander, qui a décrit une épidémie de fièvre puerpérale intermittente observée par lui en 1781. M. Depaul a eu occasion de voir quelques cas de ce genre, mais ces faits sont tout aussi exceptionnels que ceux dans lesquels le frisson fait complétement défaut. Après le frisson c'est surtout du côté de la circulation qu'on observe des troubles marqués. Le pouls est remarquable par son extrême fréquence, par sa petitesse et sa dépressibilité. On le trouve rarement au-dessous de 120; le plus rarement il est à 140 et peut s'élever à 150, à 160 et même au delà.

Si par instant il semble se relever un peu et devenir plus résistant, on le voit bientôt retomber dans ses conditions premières, et l'on assiste aux efforts impuissants de l'organisme qui réagit en vain contre l'agent destructeur qui l'a déjà frappé de mort.

La chaleur de la peau est modérée relativement à la fréquence de la circulation. Il semble s'établir parfois un peu de réaction après le frisson initial, mais elle est en général peu marquée, et quand il y a des sueurs c'est ordinairement vers la fin, et alors elles sont froides et visqueuses.

Les troubles qui s'observent du côté de la respiration sont des plus remarquables. Celle-ci est habituellement et sou-

vent dès le début, courte, précipitée, anxieuse, entrecoupée de profondes inspirations. Les malades accusent un malaise considérable dans la région épigastrique, et qu'on ne s'imagine pas que tout cela est le résultat de la péritonite, du ballonnement du ventre et du refoulement du diaphragme, car on observe tous ces phénomènes et au même degré chez les femmes qui n'ont pas de péritonite, dont le ventre reste souple et plat jusqu'à la fin.

En même temps les traits se décomposent, la physionomie devient anxieuse, les yeux hagards s'excavent, les lèvres tremblottantes, le regard mal assuré, les réponses incertaines. La malade est plongée dans la stupeur et la prostration, et la réaction qui suit le frisson se faisant d'une manière incomplète, le malaise persiste, les tissus conservent une teinte blafarde et ne deviennent pas turgides rouges et injectés comme dans la seconde période d'une fièvre d'accès.

Tous les observateurs ont accordé une importance extrême à l'altération profonde du visage qui apparaît pour ainsi dire avec le frisson et qui fait des progrès si rapides.

La douleur abdominale qui avait pu précéder le frisson se montre ordinairement en même temps que lui ou peu de temps après, elle siége au bas-ventre, souvent plus inclinée d'un côté que de l'autre ; de là elle s'étend d'ordinaire soit avec une intensité extrême, soit avec modération vers le reste de l'abdomen. Dans certains cas elle disparaît subitement, quoique tout le cortége obligé de la maladie s'aggrave, et on peut dire en pareille circonstance que le pronostic est des plus sérieux.

La douleur augmente naturellement dans les mouvements de toute espèce, comme par la pression de l'abdomen. — Quel que soit son caratère aigu ou sourd, cette douleur disparaît vers le deuxième ou le troisième jour.

Les malades sont en outre tourmentées par des vomisse-

ments verdâtres, porracés, bilieux, à marche ordinairement intermittente, cessant au bout de un ou deux jours, pour reparaître plus tard.

La diarrhée est plus fréquente que les vomissements, elle coïncide avec eux ou semble parfois les remplacer; d'autrefois la constipation se manifeste et résiste même aux purgatifs. Les selles sont souvent involontaires, jaunes et fétides.

L'abdomen est ordinairement météorisé mais sans offrir cette résistance si caractéristique des péritonites franches. Les parois abdominales sont flasques et se laissent facilement déprimer. De plus, on constate une grande région centrale sonore pendant que les parties déclines sont le siége d'une matité absolue. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre, les lèvres s'encroutent de fuliginosités. Le pouls petit et concentré au moment du frisson se distend un peu au moment de la réaction et offre une accélération paroxystique le soir. Porté dès le début à 120 et 130 pulsations, il s'élève jusqu'à 140 et 150. Dans la période ultime, il devient incalculable en même temps qu'il est irrégulier.

La face, qui au moment de l'invasion des symptômes avait été si profondément altérée, conserve une expression alarmante. Elle est grippée, couverte de sueurs, témoigne d'une singulière et profonde souffrance. Les yeux restent enfoncés dans l'orbite et inquiets, les narines sèches et pulvérulentes pendant que les lèvres sont livides et agitées de tremblottements convulsifs.

Les facultés intellectuelles d'ordinaire sont intactes, parfois les malades ont des réponses lentes et indécises et en proie à des rêvasseries et du subdelirium. La sensibilité est émoussée; et, trompées elles-mêmes par un sentiment d'amélioration apparente, les malades succombent au milieu d'un état de torpeur et d'indifférence.

Parfois on voit survenir du délire nerveux un véritable accès de manie qui peut être léger et ne consister que dans des marmottements et de la carphologie, mais qui d'autrefois devient violent et pousse les malades à commettre toute sorte d'excès. Elles sortent du lit, se débattent, vocifèrent et injurient. Ces divers troubles de l'intelligence disparaissent le jour pour réapparaître la nuit suivante.

Ordinairement les forces sont brisées. Les malades gardent le décubitus dorsal immobilisées par une prostration énorme.

Le coma ne survient que comme le prélude de la mort.

Dans les grandes maladies épidémiques, on voit les malades tourmentés par une dyspnée considérable dont l'examen du ventre et de la cage thoracique ne donne pas la raison explicite. Le nombre des respirations monte à 30 et 60 fois à la minute; l'hématose cependant est incomplète ; les extrémités se refroidissent sans que le cœur ni les gros vaisseaux soient la cause de ce trouble de calorification. La sécrétion du lait et l'écoulement des lochies ne sont pas fatalement suspendus. Cependant c'est la règle, et le retour de ces phénomènes peut être considéré comme de bon augure.

Dans quelques cas, on voit les membres soit dans leur continuité, soit dans leurs articulations devenir le siége d'une vive douleur; puis la région œdématiée, marbrée se couvre de sueurs. Ces symptômes sont l'indice de suppurations rapides; d'autrefois, on voit apparaître des taches ecchymotiques, des pétéchies qui ont de la tendance à occuper une grande étendue de l'abdomen, des aines et des membres. La facilité remarquable avec laquelle le pus s'engendre dans tous les tissus se manifeste jusque dans le derme et souvent des bulles de pus soulèvent l'épi-

derme des mains et des doigts sans déterminer aucune douleur, sans rougeur de la peau voisine.

Un fait analogue s'observe chez les enfants nouveau-nés qui sont atteints en grand nombre de panaris sous-épidermiques suppurés.

En temps d'épidémie, les gangrènes de la vulve qui sont si fréquentes à l'hôpital de la Maternité, prennent un accroissement nouveau.

Suivant le génie épidémique, ces symptômes se présentent et se groupent d'une façon différente. Tantôt la fièvre s'allume comme dans une affection inflammatoire, tantôt, au contraire, l'état typhoïde prédomine dès les premiers instants; d'autrefois enfin on voit les nouvelles accouchées comme foudroyées par la maladie. Quelques heures après l'accouchement, quelquefois avant la délivrance ou pendant le travail, il se manifeste une dyspnée intense; la face s'altère, devient violette ; les sens sont anéantis, le corps est froid, le pouls imperceptible, les battements du cœur ne se traduisent plus que par de faibles frémissements. Ces phénomènes se manifestent ensemble tout d'un coup et la mort termine la scène en quelques heures ou même quelques minutes après l'accouchement (Moreau). A l'autopsie on ne constate aucune lésion capable d'expliquer une terminaison si rapidement funeste. De là les noms de forme inflammatoire, forme typhoïde, forme foudroyante. Dans d'autres cas, elle se rapproche davantage par l'apparition rapide et successive des abcès métastatiques de l'infection purulente. D'autrefois, au contraire, la prostration, les vomissements et la diarrhée occupent la première place avec la fétidité des lochies, et l'apparition de plaques gangréneuses. De là les noms de forme purulente et forme putride ; mais ce n'est pas tout.

La fièvre puerpérale marche plus ou moins de rapidité,

suivant l'âge de l'épidémie et la vigueur dont elle est capable. J'ai vu, pour ma part, une épidémie de fièvre puerpérale faire son apparition, à l'hôpital de la Charité, dans les salles basses et obscures de la salle Sainte-Marthe (service de M. Briquet), avec des allures dignes d'être notées ici. Dans les premiers jours, la fièvre puerpérale se développa lentement; les symptômes n'avaient pas plus d'acuité que dans une fièvre typhoïde de moyenne intensité ; la mort ne survenait que le huitième ou le douzième jour. Plus tard, la fièvre faisait explosion avec une violence extrême, et emportait rapidement les malades au tombeau. La mort est la terminaison habituelle, et elle survient du troisième au sixième jour. Dans les cas graves, qui se terminent par la guérison, il est difficile d'assigner une limite précise à la maladie. La convalescence est longue, pénible : des accidents locaux, du côté du ventre, des phlegmons des membres, entravent la guérison.

Diagnostic. — Dans les localités et les maternités où règnent les épidémies, le diagnostic est des plus faciles. Mais, en dehors de ces conditions, dans les cas sporadiques, il faut posséder les éléments d'un diagnostic différentiel. Ainsi, pour distinguer la fièvre puerpérale de la métrite et de la métro-péritonite, on tiendra compte des phénomènes suivants : dans la fièvre puerpérale, dès le début, les accidents généraux occupent la plus large part et dominent toute la scène. Dans la péritonite et les affections inflammatoires du bassin, ce sont les accidents abdominaux. La phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde (1) ne se ressemblent en rien dans leurs lésions, et pourtant au lit du malade, quel est le médecin qui ne s'y est pas trompé ?

La fièvre de lait, qui peut en imposer un instant, est ca-

(1) Tarnier, Thèse citée.

ractérisée par un frisson qui n'apparaît que du deuxième au troisième jour. Très-rarement on la voit apparaître avant cette époque. Quelquefois elle n'éclate que le quatrième et le cinquième jour ; mais ce retard trouve sa raison d'être dans un état grave de l'économie, déterminé soit par le travail, soit par des complications consécutives. Quand, dit M. Pajot, vous la verrez survenir après de ces violentes secousses qui éclatent soit pendant, soit immédiatement après le travail, regardez-là comme un signe favorable, comme une preuve du retour de l'économie vers l'état physiologique ; c'est l'arc-en-ciel après l'orage. D'ailleurs, le frisson de la fièvre de lait est moins intense et moins long, le pouls ne dépasse pas 15 à 20 pulsations surajoutées à l'état normal, c'est-à-dire 100 pulsations.

Si, par contre, le frisson survient le premier jour ou dans le commencement du deuxième jour après l'accouchement, s'il est prolongé et accompagné de claquements de dents, si le pouls atteint 130 pulsations, on peut presque à coup sûr affirmer l'existence d'un accident puerpéral, et, en tous cas, certifier en toute assurance que la fièvre de lait n'est point en cause.

Parfois les nouvelles accouchées, à la suite de mouvements intempestifs, ou, sans cause avouée ni appréciable éprouvent, quelques jours après l'accouchement, des douleurs abdominales et sont tourmentées par un frisson fortement accusé. Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'une tumeur que M. Bernutz attribue à des péritonites circonscrites, et dès lors l'hésitation ne sera plus possible.

Parfois des caillots ou des portions de placenta se putréfient dans l'utérus ; la face interne de l'utérus se modifie dans les maternités comme la surface des plaies atteintes de pourriture d'hôpital dans les grands asiles

hospitaliers, et on voit surgir tous les symptômes de l'infection putride. Mais ici, quel qu'en soit le point de départ, les frissons sont moins violents et plus souvent répétés que dans la fièvre puerpérale : les malades vomissent, mais surtout sont épuisées par une diarrhée colliquative et meurent de la fièvre hectique. M. Dumontpallier a décrit une forme aiguë de cette infection putride dans sa thèse de 1857.

On a confondu la fièvre puerpérale avec l'infection purulente qui succède à la phlébite utérine. Ces deux maladies peuvent cependant, avec un peu de soin, être distinguées l'une de l'autre. M. Tarnier, dans son travail publié sur la fièvre puerpérale, en 1858, les différencie en ces termes :

La fièvre puerpérale se déclare beaucoup plus tôt après l'accouchement que l'infection purulente. Le frisson initial est unique dans la très-grande majorité des cas. Dans l'infection purulente, au contraire, le frisson est tardif et se répète plusieurs fois, et les symptômes généraux sont moins graves, la dyspnée est moins considérable, même quand il y a des abcès métastatiques dans le poumon.

Pronostic. — Le pronostic est toujours d'une effrayante gravité, surtout quand la maladie se présente sous forme épidémique, et que celle-ci est à sa période d'augment ou d'état. Plus le début est rapproché de la parturition, plus la maladie est grave. Les caractères du pouls (150, 160 pulsations), la dyspnée et la cyanose sans complications pulmonaires, sont des signes des plus fâcheux. Les rémissions dans la douleur, les selles involontaires, les régurgitations, l'irrégularité du pouls, sont des signes avant-coureurs de la mort.

Étiologie. — On a mis, selon l'usage, sur le compte du froid, du chaud, de la direction des vents, de la pression barométrique, de la tension électrique, toutes sortes d'in-

fluences contestables et que, pour ma part, après avoir pris connaissance des documents sur la matière, je refuse d'admettre jusqu'à plus ample informé. Il va de soi que les asiles malsains, mal aérés, où l'air est confiné et vicié par les émanations de toute sorte, doivent être de préférence le refuge de la fièvre puerpérale. Ce qui est bien prouvé, c'est qu'elle est de beaucoup plus fréquente dans les hôpitaux où l'encombrement et l'infection règnent en permanence, que dans les grandes villes comme les villes de province. A la Maternité, dans certaines années, la mortalité était de 1 sur 19, pendant qu'en ville elle était de 1 sur 300 à peu près. On a contesté ces chiffres dans leur valeur absolue, mais le point sur lequel tout le monde est tombé d'accord, c'est que leur signification brute ne peut être méconnue, à savoir la prédominance très-grande de la mortalité dans les maternités. Pourtant les mauvaises conditions hygiéniques que nous signalons ne sont pas suffisantes dans tous les cas pour faire naître la fièvre puerpérale. M. Monneret, dans son cours de 1866, relate le fait suivant (1) : nous avons été à notre arrivée à l'Hôtel-Dieu placé à la tête d'un service de femmes en couche contenant quinze lits. Pendant trois ans cette salle, située au dernier étage de l'hôpital, petite, malpropre, malsaine, recevant les émanations des fosses d'aisance, ne fut atteinte par aucun accident de fièvre puerpérale. A la même époque, les salles d'un de nos collègues du même hôpital, bien autrement aérés et saines, furent à diverses reprises tourmentées par la fièvre puerpérale, malgré un traitement sage et habile. Pendant une année on dut vider les salles deux ou trois fois. Mais la quatrième année la fièvre puerpérale vint à son tour nous visiter ; elle s'établit dans la salle pendant trois à quatre mois quoique à un faible degré.

La conclusion à tirer de ce fait, 1° c'est que les maternités

(1) Note de M. Lafaurie, interne de M. Monneret.

sont détestables ; 2° que la fièvre puerpérale exige pour se développer une foule de conditions qu'on y rencontre, encombrement, émanations sceptiques, etc., etc. ; mais que 3° invoquer une seule de ces causes ne peut être admis scientifiquement en présence des faits que tout le monde connaît et qui sont analogues à ceux de M. Monneret.

La primiparité est généralement admise comme prédisposant à la fièvre puerpérale.

Voici quels sont à cet égard les chiffres fournis par M. Laserre :

Sur 1025 primipares, 89 malades, 66 décès.
Sur 1314 multipares, 43 malades, 21 décès.

Il semble démontré en outre que la longueur du travail, un accouchement laborieux, en épuisant les malades, les placent dans des conditions plus favorables au développement de la fièvre puerpérale. La rétention du délivre, l'absence de lavages, la putrescence de la face interne de l'utérus peuvent donner lieu à des accidents de résorption putride et doivent être considérées comme des causes prédisposantes, mais non comme une cause qui doive produire infailliblement la fièvre puerpérale.

Ce qui domine toute l'étiologie, c'est le génie épidémique. On peut en trouver la preuve dans l'histoire de l'installation de l'hôpital de Lariboisière qui, à peine ouvert, était visité par la fièvre puerpérale. Quoiqu'elle puisse se présenter à l'état sporadique, la fièvre puerpérale se montre le plus souvent sans forme épidémique, et les épidémies sévissent parfois aussi bien dans les villes, et même les villes de province, que dans les maternités.

M. Danyau (1) cite la relation du docteur Zandyck sur ce point : « C'est ainsi, dit-il par exemple, qu'on voit en 1819

(1) Danyau, *De la fièvre puerpérale*, Communication à l'Académie, 1858.

la fièvre puerpérale régner à la fois à Vienne, Prague, Dresde, Wurtzbourg, Bamberg, Ansbach, Diligen; dans plusieurs villes d'Italie; à Lyon, à Paris, à Dublin, à Glasgow, Sterling, Stockholm, Pétersbourg. Il est curieux également de voir quelques-unes de ces épidémies s'étendre aux femelles même des animaux domestiques, aux chiennes, par exemple, dans l'épidémie observée à Londres en 1787, 1788, et dans celle de 1821 à Édimbourg, ainsi qu'aux vaches qui vêlèrent à cette époque dans plusieurs parties de l'Écosse, enfin aux poules pondeuses des environs de Prague dans l'épidémie de 1835. »

On se perd en conjectures sur le génie épidémique de la fièvre puerpérale comme sur celui des autres maladies épidémiques. Les prévisions et la déduction les plus logiques sont déjouées par l'observation et l'histoire des épidémiques.

Contagion. — Toutes les questions qui touchent à la contagion, dans toutes les maladies générales, imposent la plus grande réserve. Dans l'histoire de la fièvre puerpérale il existe pourtant un certain nombre de faits qu'on doit prendre en sérieuse considération.

Voici les faits : M. Depaul a communiqué à l'Académie les deux cas de transmission qui suivent (1) :

« Pendant mon internat à la Maternité (en 1839), une épidémie grave de fièvre puerpérale y sévit. On sait que, dans cet établissement, les élèves sages-femmes sont chargées de donner des soins aux malades, de les changer de linge, de les nettoyer, et que, par conséquent, elles vivent au milieu des émanations qui s'en exhalent. Or, il arriva un soir qu'une de ces élèves, mademoiselle D..., pendant qu'elle procédait au lavage des parties génitales d'une de

(1) Depaul, *De la fièvre puerpérale*, de sa nature et de son traitement. Communication à l'Académie de médecine, p. 31

ses malades, atteinte d'une fièvre puerpérale grave, éprouva instantanément une sensation pénible qu'elle rapporta aux émanations qu'elle avait respirées en soulevant les couvertures du lit, et elle déclara qu'elle se sentait très-malade. Le soir même, elle entra à l'infirmerie ; un frisson intense se déclara, le ventre devint très-douloureux, le pouls petit et fréquent. Un peu plus tard, il survint de la diarrhée et des vomissements verdâtres, et tous les autres symptômes de la fièvre puerpérale la mieux caractérisée. La mort survint le troisième jour. Grâce à l'intervention de M. Moreau, il me fut permis de faire l'autopsie. Je trouvai dans la cavité péritonéale toutes les lésions que présentaient les femmes mortes dans le cours de cette épidémie. Il est important de noter que cette élève ne se trouvait dans aucune des conditions qui se rapprochent de l'état puerpéral : elle était vierge et n'était pas à une période menstruelle.

» Quand je vins à la Maternité, la tradition racontait que des cas de ce genre y avaient été plus d'une fois observés. On trouve dans la thèse déjà citée de M. S. Tarnier deux observations analogues ; elles sont encore relatives à deux élèves sages-femmes de la Maternité, qui, pendant l'épidémie de 1856, offrirent tous les phénomènes de la fièvre puerpérale. L'une eut le bonheur de se rétablir, mais l'autre succomba, et l'on trouva un épanchement purulent dans la cavité péritonéale. M. S. Tarnier fait observer que la mort de cette jeune fille eut lieu dans les premiers jours de mai, c'est-à-dire lorsque l'intensité de l'épidémie qui sévissait était telle qu'il devint nécessaire de fermer la Maternité.

» Lorsque la maladie se déclara, ces deux élèves étaient à une époque menstruelle.

» Après de pareilles observations, recueillies par un grand nombre de médecins, il ne me paraît pas possible de nier l'existence d'un principe contagieux dont la puissance sem-

ble s'accroître en raison de la multiplicité des foyers et de la violence des épidémies. Mais est-il permis d'aller plus loin, et d'admettre que le poison, une fois créé sur une vaste échelle, puisse être transporté à distance par des individus sains qui auraient de nombreux rapports avec des individus malades? Cette question, beaucoup moins claire que la précédente, ne doit pas être cependant repoussée sans examen. Voici dans toute leur vérité les deux faits auxquels M. Guérard a fait allusion :

» En 1839, pendant mon internat à la Maternité, un jour que je venais de faire plusieurs autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale, on vint me chercher pour donner des soins à une dame en travail, dont l'habitation était assez éloignée de la Maternité. Avant de me rendre près d'elle, je pris toutes les précautions recommandées en pareille circonstance; je changeai de vêtements et me lavai les mains avec le plus grand soin : elles conservaient cependant cette odeur si tenace dont les imprègnent, pour plus de vingt-quatre heures, les autopsies de ce genre. Cette dame accouchait pour la seconde fois, sa délivrance fut naturelle et des plus faciles. Dans la soirée, sans qu'aucune imprudence pût l'expliquer, un violent frisson se déclara, et bientôt apparurent tous les phénomènes habituels de la fièvre puerpérale, qui se termina très-rapidement par la mort, malgré tous les moyens que je mis en usage et les savants conseils de M. Paul Dubois, que j'avais fait appeler en consultation. L'autopsie ne put être faite.

» En 1849, alors que j'étais chargé des fonctions de chef de clinique dans le service d'accouchement de la Faculté, étant à l'amphithéâtre occupé à faire une autopsie de fièvre puerpérale, on réclama mes soins pour une dame de la rue de l'Ancienne-Comédie. Je pris les mêmes précautions que dans le cas précédent, mais mes mains emportèrent la même

odeur. Il s'agissait d'une septième grossesse, qui se termina avec promptitude et sans aucune complication. Tout alla bien jusqu'au soir. Mais alors éclatèrent les accidents de la fièvre puerpérale : frisson, douleur abdominale, etc. M. Paul Dubois voulut bien m'aider de ses conseils, mais tous nos efforts furent inutiles ; cette malade succomba aussi rapidement que la première. Le cadavre ne fut pas ouvert.

» Je livre ces deux observations, qui ne sont pas les seules dans leur genre, aux méditations de mes confrères. Pour mon compte, je n'ose rien affirmer, mais j'avance que j'ai une certaine tendance à regarder comme très-probable un pareil mode de contagion en temps d'épidémie. »

Telle fut la communication de M. Depaul sur la contagion.

M. Paul Dubois (1), à son tour, a rapporté des faits qui offrent le plus grand intérêt :

« C'est en Angleterre, a-t-il dit, que la question de savoir si la fièvre puerpérale est ou non contagieuse a le plus vivement préoccupé les esprits, et elle y a été presque constamment résolue par l'affirmative.

» J'emprunte à un praticien judicieux et éclairé, Gooch, l'indication suivante :

» Au nombre des circonstances qui ont particulièrement frappé mon attention dans les épidémies de fièvre puerpérale, je signalerai la multiplicité de ces cas malheureux dans la clientèle d'un même accoucheur, tandis que d'autres praticiens du voisinage, qui ne sont ni plus habiles ni plus employés, sont assez heureux pour voir leurs clientes échapper à toute atteinte d'épidémie. Ces faits, très-bien connus, ont donné à penser que la maladie pouvait être transportée d'une malade à une autre par les vête-

(1) Paul Dubois, *De la fièvre puerpérale*. Communication à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, p. 123.

ments d'un médecin. Un de mes confrères, qui avait perdu une de ses malades atteinte de fièvre puerpérale, en perdit deux autres successivement : il pensa qu'il avait peut-être transporté des effluves infectieuses dans ses vêtements; il en changea, et n'eut pas d'autres cas mortels.

» En 1839, le docteur Renton, qui exerçait la médecine dans un district d'Écosse peu étendu, me fit la communication très-intéressante que voici, à l'occasion d'une épidémie de fièvre puerpérale dont il venait d'être témoin.

» La maladie sévit avec violence dans une localité dont elle ne franchit pas les limites, ayant ainsi et conservant pendant toute sa durée le caractère épidémique, commun d'ailleurs aux affections graves et nombreuses qui furent observées dans la Grande-Bretagne pendant l'année 1838. Cependant, quoique renfermée dans des limites restreintes, elle ne procéda pas de maison en maison, et plusieurs femmes eurent des suites de couches très-heureuses dans des habitations contiguës à celles dans lesquelles d'autres avaient succombé à la forme la plus grave de la fièvre puerpérale. La maladie sembla traiter avec une certaine partialité les objets de ses attaques, épargnant sans considération de temps et de distance, une première, une seconde accouchée, pour frapper une troisième, une quatrième, lorsqu'on avait eu l'espoir d'une suspension prochaine.

» Toutes les accouchées furent assistées par un de mes confrères et par moi; mais pendant que celles qui recevaient mes soins avaient des couches exemptes de complications, tous les cas funestes appartenaient à la clientèle de mon voisin, et cette circonstance était d'autant plus remarquable que, dans ces conditions exceptionnelles, nos clientes étaient presque confondues, l'un de nous remplaçant l'autre en cas d'empêchement. Cette mauvaise fortune persistant, pro-

duisit sur mon confrère une si pénible impression, qu'il se persuada qu'il serait coupable d'une action presque criminelle s'il ne résignait pas ses fonctions. Il me pria, en conséquence, de le remplacer auprès de ses clientes. J'acceptai cette proposition, et mon heureuse étoile ne m'abandonna pas un seul instant, ce qui nous frappa d'autant plus que nous avions vu ensemble les deux dernières malades pendant les différentes périodes de l'affection à laquelle elles succombaient, et que je les avais examinées, palpées à diverses reprises. Immédiatement après avoir quitté mourante une de ces malheureuses, je fus mandé pour une de mes clientes, atteinte d'une hémorrhagie ordinaire, occasionnée par une insertion vicieuse du placenta, circonstance qui rendit l'extraction du fœtus nécessaire. Cette malade se rétablit lentement, mais sans aucune atteinte de l'épidémie. Dans une autre circonstance, après avoir attentivement examiné une malade accouchée par mon confrère, et laquelle succomba six jours après sa délivrance, je fus appelé auprès d'une de ses proches parentes, qui demeurait à trois milles de mon habitation ; le travail fut long et douloureux, et la délivrance se compliqua de quelques difficultés, qui m'obligèrent à des manœuvres prolongées et très-pénibles pour la malade ; cependant son rétablissement fut rapide.

» Je ne dois pas oublier de dire que j'ai visité toutes les accouchées malades ou non malades sans changer de vêtements.

» Cette mauvaise fortune exclusive et persévérante d'un seul accoucheur pendant toute la durée d'une épidémie de fièvre puerpérale, dut frapper d'autant plus mon attention qu'aucun autre cas de cette affection ne se manifesta à dater du moment où il suspendit l'exercice de sa profession. J'avais souvent entendu le récit des faits de cette nature, mais je les

avais constamment accueillis avec une grande réserve et quelque peu d'incrédulité.

» Je n'ai, ajoute en terminant le docteur Renton, aucune propension à déduire des faits que je viens d'exposer une conclusion quelconque relative à la propriété contagieuse ou non de la fièvre puerpérale. Des conclusions sur un sujet de cette importance ne sauraient être exprimées qu'avec une extrême discrétion.

» La seule cause au moins apparente à laquelle il est permis d'attribuer les résultats si différents de la pratique de mon voisin et de la mienne consiste probablement dans ce fait qu'il s'était chargé de l'examen cadavérique manuel des femmes qui avaient succombé. Je m'étais, ajouta-t-il, réservé seulement d'écrire les résultats sous sa dictée. J'ajouterai à l'appui de cette présomption l'opinion d'un confrère qui a eu le malheur de perdre cinq femmes atteintes de fièvre puerpérale dans les conditions analogues à celles que je viens de signaler. »

Enfin, M. Paul Dubois a clos la série de ses communications sur cette question de la contagion en rappelant les faits si connus aujourd'hui du docteur Semmeliveis, de Vienne (1). Deux cliniques d'accouchement existaient côte à côte ; l'une fréquentée par les étudiants, qui se livraient aux recherches cadavériques ; l'autre, par des sages-femmes auxquelles ces sortes d'études étaient absolument étrangères. Les dispositions matérielles du service étaient, d'ailleurs, identiques. M. le docteur Semmeliveis songea à la possibilité du transport, par les doigts des étudiants, de principes infectieux, et comme ce médecin pense que toute matière fluide en état de putréfaction mise en rapport avec les organes d'une accouchée par les linges, cathéter, éponges, débris

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* Paris, 1851, t. XLV.

du placenta et même par l'atmosphère ambiante, pourrait provoquer le développement de la fièvre puerpérale, certaines précautions furent prises par les élèves, et le nombre des cas de fièvre puerpérale décrurent par cette cause ou par toute autre cause ; ces succès réels ou apparents parurent être une sanction donnée à la doctrine du professeur de Vienne.

M. Paul Dubois s'est demandé, en terminant, la valeur de ces faits singuliers au point de vue de la signification qui leur a été donnée. Cette question lui a paru grave, délicate et obscure (1). Nous y reviendrons nous-même plus tard. Nous avons tenu à les exposer tous dans toute leur simplicité, dans toute leur nudité, pour ainsi dire, avant de les discuter, de les apprécier d'une façon rigoureuse, si cela toutefois est possible dans l'état actuel de nos connaissances sur la contagion.

Viennent ensuite les faits de M. Danyau (2); voici la reproduction intégrale de sa communication sur ce point. (Les mêmes raisons exposées précédemment nous font un devoir de transcrire ici le texte sans le modifier. Un simple extrait en pareille circonstance ne saurait offrir la même garantie d'authenticité, et perdrait par cela même la plus grande partie de sa valeur.

« Il en est, dit M. Danyau en faisant allusion aux faits de M. Dubois, beaucoup d'autres que les accoucheurs et les médecins anglais, Copland particulièrement, parmi ces derniers, se sont plu à recueillir. Gordon, qui a observé et décrit l'épidémie d'Aberden, dit que les cas de fièvre puerpérale existaient particulièrement dans les clientèles de pra-

(1) Paul Dubois, *De la fièvre puerpérale*. Communication à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, p. 127.

(2) Danyau, *De la fièvre puerpérale*. Communication à l'Académie de médecine, séance du 6 avril 1858.

ticiens qui avaient traité dès le début, et chez les femmes soignées par des gardes qui avaient été antérieurement en contact avec des malades. Robertson cite le cas d'une sage-femme attachée à une institution charitable de Manchester en faveur des femmes assistées à domicile, et qui en un mois avait perdu 16 sur 30 accouchées, tandis que les onze autres sages-femmes de la mêmes œuvre n'en avaient pas perdu une seule sur 380 ! Le docteur King parle d'un chirurgien de Woolwich, qui en un an a eut 16 cas de mort tandis que parmi les accouchées de ses confrères pas une seule ne fut atteinte. Ramsbotham dit avoir vu toutes les accouchées d'un praticien malades, tandis que rien de semblable ne s'observait dans la clientèle de ses voisins. Même remarque a été faite par Blundell qui cite des exemples de 10 à 12 cas de suites graves ou mortels entre les mains des divers accoucheurs, et Davies qui, en 1832, eut 12 cas de fièvre puerpérale successivement dans sa propre clientèle, tandis que tout se passait heureusement dans celle des autres. Copland emprunte encore des faits non moins graves à la pratique des accoucheurs américains, et lui-même dit avoir vu en consultation, dans la clientèle d'un praticien de Londres, 6 cas de suite qui furent tous mortels. Il ajoute que ce désastre cessa aussitôt que l'accoucheur eut pris quelques précautions qu'il lui avait recommandées, et combien d'autres ne pourrai-je citer. Ceux de Campbell, ceux de Sidey rappelés par Simpson, ceux de Simpson lui-même, et de Paterson, de Leack, ceux de Paddie qui en fait l'objet d'un mémoire spécial, publié dans le journal de médecine d'Édimbourg, enfin celui de Merriman sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

M. Danyau, de son côté, a constaté des faits très-importants qu'il reproduit en ces termes :

» Il y a quelques années, je fus appelé à quelque dis-

tance de Paris, pour voir dans une localité très-salubre, dans une vaste habitation de campagne parfaitement saine, une jeune femme heureusement et facilement accouchée depuis une douzaine de jours et dont l'état avait été d'abord des plus satisfaisants. Elle n'était tombée malade qu'à la suite de la maladie à laquelle une de ses parentes venait de succomber. Cette maladie était la fièvre puerpérale. La jeune accouchée que j'allais voir atteinte de même, était déjà dans l'état le plus grave et ne tarda pas à succomber. Couchées dans deux parties du château éloignées l'une de l'autre, ces deux dames avaient été assistées par le même médecin, soignées par la même garde, et fréquemment visitées l'une et l'autre par plusieurs personnes de leur famille.

A Paris, divers praticiens m'ont fait part de ce qu'ils ont observé dans leur clientèle. L'un accoucha, dans une semaine, cinq femmes. Toutes tombèrent malades successivement, et trois succombèrent. Il n'avait été antérieurement en contact avec aucune malade, n'avait soigné aucun cas d'érysipèle de mauvais caractère, n'avait touché aucune matière putride, et n'avait été présent à aucune autopsie. Un autre assista, dans l'espace de neuf jours, cinq femmes, dont la seconde eut une fièvre puerpérale médiocrement grave et guérit. Les quatre autres furent ensuite, coup sur coup, plus ou moins gravement atteintes, et l'une d'elles succomba. Dans tous ces faits, ajoute M. Danyau, il y a une distinction à bien établir ; dans beaucoup de cas, l'accoucheur venait de pratiquer une autopsie. Ses mains et ses vêtements étaient encore imprégnés d'émanations putrides, si même il ne portait aux doigts, dans quelque repli épidermique, quelques matières délétères. Aux cas de ce genre, M. Danyau ajoute celui d'une jeune femme auprès de laquelle je fus appelé en consultation par un interne qui l'avait accou-

hée immédiatement après avoir ouvert le cadavre d'une eune femme morte de fièvre puerpérale. Sa cliente était tteinte de la même maladie et ne tarda pas à succomber.

Merriman a observé, de son côté, un cas de fièvre puerpérale chez une femme qu'il avait accouchée le soir même lu jour où il avait été présent (simplement) à une autopsie.

« Voilà donc, continue M. Danyau, une série de preuves l'appui de cette opinion qu'une femme pouvait être rendue nalade par l'accoucheur qui l'assistait, immédiatement après ıvoir pratiqué une autopsie. Mais de là à penser que les vêtements peuvent se charger des miasmes répandus dans 'air de la chambre de la malade, ou des diverses sécrétions l'une femme malade, il y a loin; et M. Danyau, malgré 'affirmation si positive de Copland, est encore fort incertain.

Quant aux faits de Semmeliveis, dont MM. Guérard et Depaul ont parlé dans leur communication, ils ont besoin d'être expliqués ici par de nouveaux renseignements. M. Semmeliveis attribuait la fièvre puerpérale aux travaux anatomiques auxquels les étudiants se livraient avant d'être admis à visiter et à toucher les femmes en travail et en couches; et il institua des lavages à l'eau chlorurée comme précaution préalable à laquelle étaient obligés de s'astreindre les élèves qui, au sortir de l'amphithéâtre d'anatomie, devaient passer dans la salle d'accouchements. Cette précaution fut d'abord régulièrement suivie et parut faire merveille. Pourtant les contradictions ne manquèrent point à Semmeliveis. Kiwisch, Sanzoni, Seyfert, Lumpe, etc., démontrèrent qu'à Vienne la clinique fréquentée par les étudiants avait eu des époques de très-faible mortalité; que celle fréquentée par les sages-femmes avait eu, elle aussi, ses moments de forte mortalité, et qu'il en était de même de la division des femmes payantes, qui n'admet point d'élèves

ni de l'un ni de l'autre sexe ; que les lavages à l'eau chlorurée n'avaient eu aucun succès à Prague, Wurtzbourg, Vienne même et ailleurs ; que les épidémies avaient eu lieu malgré les précautions qu'on avait rigoureusement prises, et qu'elles avaient quelquefois cessé alors qu'on s'était relâché ou qu'on les avait abandonnées tout à fait, bien que les travaux anatomiques, les autopsies et les exercices sur le cadavre continuassent.

« Ces faits, dit M. Danyau en terminant, prouvent que la cause et le préservatif invoqués par Semmeliveis ne sont pas certains, infaillibles; mais aussi, il faut en conclure que nul médecin, désormais, d'après les faits connus, ne peut, sans se rendre coupable d'une extrême imprudence et même d'un crime, passer de la chambre d'une femme morte de fièvre puerpérale à la chambre d'une femme en travail ou récemment accouchée (1). »

M. S. Tarnier (2) tient de la bouche de M. Botrel lui-même, qui était autrefois l'un des plus rudes adversaires de la contagion et qui a changé d'avis depuis, que dans la ville de Saint-Malo, où il exerce, un accoucheur perdit rapidement sept femmes atteintes de fièvre puerpérale ; il ne voulut plus faire d'accouchements, et l'épidémie s'arrêta brusquement. Pendant la durée de cette petite épidémie, les autres médecins de la ville firent des accouchements en grand nombre, et aucun d'eux n'eut de malheur à déplorer.

Il y a, dans ces cas malheureux, beaucoup de conditions et de considérations dont il faut savoir tenir compte. Les coïncidences donnent à deux ou trois faits force de loi, et, comme le fit remarquer M. Dubois dans une seconde communication à l'Académie, rien n'impose plus la réserve. Si

(1) Danyau, *De la fièvre puerpérale.* Communication à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, p. 160.

(2) S. Tarnier, *De la fièvre puerpérale.*

a contagion était bien démontrée et si vraisemblablement a cause de la fièvre puerpérale, un médecin dirigeant un service atteint par l'épidémie ne pourrait visiter aucune femme n couches sans faire naître chez elle la fièvre puerpérale. Or, M. Paul Dubois a souvent assisté à des épidémies à l'hôpital des Cliniques, et sans prendre d'autres précautions que celles mises en usage par tout médecin d'hôpital ; aucune de ses clientes n'a souffert de cette triste éventualité. A l'hôpital même, la fièvre n'étend pas ses ravages d'un lit à un autre, le plus voisin. L'épidémie plane au-dessus de toutes les malheureuses qui y sont soumises et elle porte ses coups au hasard, sans qu'il soit possible de suivre le mode de propagation par un voisinage infectieux. Dès qu'on arrive à onder tous les cas de contagion de la fièvre puerpérale, on se trouve souvent arrêté par cette considération, que les halades étaient sous l'empire de la même influence épidémique, que l'infection a pu entrer en ligne de compte, et que la transmission directe d'une malade à une autre est beaucoup plus facile à accepter qu'à prouver, et ce que nous lisons là de la contagion de la fièvre puerpérale en temps l'épidémies s'applique à toutes les épidémies en particulier, choléra, dysenterie, fièvres éruptives, croup, angine diphthéritique, etc., etc.

D'ailleurs, un grand nombre de ces petites observations verbales qui nous viennent de l'étranger manquent souvent de cette rigueur scientifique à laquelle nous sommes habitués, et je pense que si l'on doit croire à la contagion, comme j'y crois moi-même, en se fondant sur une série de faits probants, que si l'on doit naturellement prendre toutes les précautions en vue d'éviter le transport des miasmes, ou de matières sceptiques d'origine cadavérique surtout, il est également de toute nécessité, d'apporter, au point de vue scientifique, toute sorte de réserve à l'endroit des exagéra-

tions que font naître les coïncidences, et ne pas oublier que l'influence épidémique et l'infection doivent souvent être prises en grande considération. Le sujet de cette thèse ne comportant pas l'exclusive étude de la fièvre puerpérale, je me borne à ces seules réflexions qui, faute de temps, ne peuvent recevoir de plus amples développements.

Les autres causes qui ont été l'objet de discussions variées et approfondies, trouveront place dans le chapitre de la nature de la fièvre puerpérale. Pour éviter des redites, nous nous abstenons de les énumérer ici. Elles exigent d'ailleurs de longs commentaires.

Traitement. — En présence de l'impuissance trop connue de notre art dans le traitement de la fièvre puerpérale, il faut s'occuper plus qu'on ne l'a jamais fait de la prophylaxie.

Les statistiques sont là pour indiquer clairement l'insalubrité des Maternités, quelle que soit d'ailleurs leur condition d'installation jusqu'à ce jour. La mortalité de l'hôpital Lariboisière atteint le chiffre de la Maternité et de la Clinique qui ne jouissent pas cependant des mêmes avantages. La conclusion forcée est celle-ci : supprimer les hôpitaux d'accouchements. Aussi M. Depaul a-t-il pu terminer son discours à l'Académie par ces paroles : « J'ai la profonde conviction que c'est la seule manière de faire disparaître la fièvre puerpérale, ou de diminuer notablement ces épidémies meurtrières qui viennent périodiquement porter le deuil dans les familles et attrister les médecins qui, n'ayant à leur opposer que des médications incertaines, n'interviennent presque constamment que pour confesser leur impuissance.» Cette réforme radicale n'a pas paru à M. Danyau remplir toutes les exigences intéressantes aux populations des grandes villes, où les femmes enceintes qui n'ont aucun asile viennent chercher et des soins chirurgicaux et un re-

fuge pour cacher leur faute. Ce qui paraît aussi le plus rationnel, ce serait, non pas de supprimer les hôpitaux d'accouchements, mais d'en multiplier le nombre. M. Danyau, qui a insisté sur cette mesure, se fondait sur ses propres observations faites dans le Royaume-Uni. « J'ai rapporté, disait-il, il y a près de trente ans de mon séjour en Angleterre, en Écosse et en Irlande, pendant lequel j'ai soigneusement étudié les établissements consacrés aux femmes en couches, et particulièrement le magnifique hôpital d'accouchements de Dublin, cette conviction sur ce que j'avais vu et appris, à savoir, que les petits hôpitaux sont préférables aux grands, que les petits même ne peuvent se maintenir dans un état sanitaire satisfaisant, qu'à la condition de n'être jamais pleins, qu'une mesure excellente qui n'est pourtant pas encore un préservatif certain consiste à n'occuper les salles qu'à tour de rôle, et en laisser toujours une ou plusieurs vides et soumises, après l'enlèvement de la literie, chaque fois renouvelée, soit à une aération simple, mais prolongée, et à un nettoyage minutieux, soit à des fumigations désinfectantes suivies de blanchiment à la chaux. Enfin, contre une épidémie qui éclate, la suppression des entrées et l'évacuation aussi prompte que possible est une mesure indispensable. »

M. Danyau, convaincu que la contagion est facile et bien démontrée, conseille à un médecin qui a le malheur d'être en contact avec des femmes en couches atteintes de fièvre puerpérale, de s'entourer de toutes les précautions imaginables : grande propreté, changer le linge, ne visiter les malades que rarement et après toutes les autres, etc.

Tout ce qui regarde les soins, l'hygiène de la nouvelle accouchée, n'a pas besoin d'être rappelé ici. Le conseil est élémentaire.

Le traitement proprement dit de la fièvre puerpérale

doit être, comme celui de toutes les maladies générales, dirigé d'après deux indications principales : la forme de la maladie et la résistance individuelle.

Dans la forme inflammatoire, les émissions sanguines et les mercuriaux ; dans la forme biliaire, les évacuants.

Quand la forme inflammatoire est bien accusée, le pouls plein, la réaction intense, on ne saurait hésiter. Il faut appliquer des sangsues sur la partie inférieure de l'abdomen, et quelquefois même revenir à cette médication une ou deux fois, en ayant soin toutefois d'éviter de dépasser les limites tracées par les forces de la malade. MM. Voillemier, Béhier, Velpeau, conseillent cette médication dans la mesure précédemment indiquée.

M. Béhier se félicite des applications d'eau froide et même de glace constamment maintenue sur le ventre avec toutes les précautions voulues pour ne pas comprimer les parois abdominales. Il insiste surtout sur ce fait, qu'il faut bien se garder d'en susprendre primitivement l'emploi ; par négligence ou faute d'expérience, on provoquerait fatalement une réaction violente qui pourrait avoir les plus fâcheuses conséquences. MM. Nélaton et Grisolle ont observé, dans ces circonstances, des résultats complétement inattendus.

On doit toujours associer à ces différents moyens les mercuriaux *intus et extra* (le calomel à doses fractionnées, pur ou mêlé à l'opium), des frictions sur l'abdomen et les plis de l'aine.

M. Velpeau ne s'en tient pas là. Il conseille, quand ces divers moyens ne paraissent apporter aucune détente, des vésicatoires volants, de grande étendue, monstres, comme il les qualifie lui-même.

Dans les cas d'asthénie, des toniques, de légers excitants, et dans la forme franchement bilieuse, l'ipéca donnera

souvent une direction plus rassurante aux symptômes et à la maladie elle-même.

La digitaline a été vantée par M. Serre (d'Alais), le sulfate de quinine par Beau, l'alcoolature d'aconit, un peu, comme l'opium, en vue de combattre l'élément douleur, ou en vue de théorie préconçue. L'expérience a fait justice de toutes ces propriétés trop tôt accréditées.

Les complications de gangrènes, abcès, putrescence de l'utérus, nécessitent des moyens que tout le monde connaît, mais dont je ne dois pas m'occuper dans ce travail conçu dans un esprit tout particulier.

Nature. — Le 23 février 1858, une voix autorisée, celle de M. Guérard, fit, à l'Académie de médecine, la communication suivante : « Messieurs, il y a un mois environ, je fus appelé avec mon honorable confrère M. Depaul à donner des soins à une jeune femme qui, parvenue au cinquième mois de sa grossesse, avait fait une fausse couche, et se trouvait atteinte de fièvre puerpérale aux progrès de laquelle elle succomba en peu de jours... » Ce malheureux événement fit naître en moi la pensée qu'il pouvait être utile de provoquer, au sein de l'Académie, une discussion sur la fièvre puerpérale, qui mérite d'être rangée en tête des fléaux les plus dévastateurs, et dont l'Académie, depuis sa fondation, n'a jamais eu l'occasion de s'occuper d'une manière approfondie. »

Cette mise en demeure, provoquée par une conscience en deuil, par un cœur révolté, produisit une vive sensation sur l'Académie, et l'auteur, grâce à son initiative courageuse, fit éclater une longue et importante discussion. Jusque-là de nombreux travaux, sans doute, avaient été produits sur la matière ; chacun, dans la mesure de ses forces et suivant le milieu et pour ainsi dire le foyer où il se livrait à ses observations, avait su se créer une opinion personnelle sur la

fièvre puerpérale, la méditer, puis la confier dans un mémoire ou dans la presse périodique aux annales de l'histoire médicale ; jusque-là on voyait les Maternités enregistrer avec soin le chiffre des victimes que l'épidémie décimait, et, effrayées elles-mêmes des rigueurs de la mort, prendre le parti de fermer l'entrée de ces asiles qui changeaient de destination en cessant de présider aux naissances, pour se rouvrir plus tard et tenter de nouveau une meilleure fortune.

Enfin, le jour était venu où il fallait aborder cette grave question de la fièvre puerpérale, non pas dans un hôpital, dans un livre ou une thèse, mais en public, à la face du monde médical.

On peut affirmer, sans craindre d'être contredit, que jamais l'Académie n'a mieux senti l'importance de la mission qu'elle avait à remplir.

La discussion fut vive, les opinions divergentes, mais nous espérons prouver plus tard que cette lutte ne fut pas stérile, comme le faisait présager M. P. Dubois. En dehors de l'enceinte académique, l'impulsion une fois donnée, se propagea au loin. On vit le corps médical presque tout entier prendre part à ce grand débat. De précieux documents, des critiques élevées se produisirent, et dès lors le fond même de la question pouvait être sondé.

L'honorable académicien, M. Guérard, atteignait son but !

Profitant de l'occasion, il ne quitta point la tribune sans exposer ses opinions personnelles avec tous les développements qu'elles comportaient.

« Il faut, dit M. Guérard dans cette communication, établir la part qui doit être faite aux phlegmasies locales dans la production de la fièvre puerpérale, et en second lieu examiner si cette maladie est due à l'infection purulente.

S'il est admis en principe :

1° Que l'existence de l'effet doit être subordonnée à la cause ;

2° Que l'apparition de celle-ci doit toujours précéder le développement de celui-là, les phlegmasies locales ne satisfont, ajoute M. Guérard, à aucune des conditions dont nous venons de parler : ainsi, dans les cas foudroyants qui ne durent que quelques heures, il peut n'y avoir aucune trace appréciable de phlegmasie locale, et même cette particularité s'est rencontrée après plus de douze jours de maladie. D'ailleurs, les lésions, quand elles existent, ne sont pas constantes. Ainsi Tonnelé (1), dans 222 autopsies, a vu manquer 29 fois la péritonite, 25 fois la métrite et l'inflammation des annexes de l'utérus, 88 fois la phlébite et la lymphangite utérines.

M. Voillemier ne trouve que 3 fois la phlébite utérine (2) et 2 fois la lymphite. Sur 24 autopsies, M. Bourdon n'a également rencontré qu'une fois la phlébite utérine dans 5 autopsies qu'il a pratiquées.

Puis, faisant remarquer que dans les premiers moments il ne s'écoule que du sang pur, que d'ailleurs la fièvre puerpérale peut se déclarer aussitôt après l'accouchement et quelquefois même avant le travail, et qu'enfin les phlegmasies sont purulentes, dans une grande multiplicité d'organes variables suivant les épidémies, arrive à cette déduction que les phlegmasies locales sont secondaires et subordonnées à une cause générale.

Telles sont les premières conclusions de M. Guérard.

La doctrine de l'infection purulente ne le satisfait pas, par la raison que chez un certain nombre de femmes mortes de

(1) Tonnelé, *Archives générales de médecine*, 1830.

(2) Voillemier, *Histoire de la fièvre puerpérale ou fièvre pyogénique, observée en* 1838 *à l'hôpital des Cliniques* (*Clinique chirurgicale*. Paris, 1862).

fièvre puerpérale, la phlébite et la lymphite faisaient souvent défaut.

D'un autre côté, la phlébite peut se montrer à la suite des couches et le pus remplir les veines utérines sans amener le développement de la fièvre puerpérale. Ainsi M. Duplay (1) a trouvé chez les femmes atteintes de phlébites utérines et mortes après plusieurs mois de maladie, du pus concret dans les veines utérines et ovariques sans qu'il y ait eu fièvre puerpérale.

Dance (2) a cité des faits analogues dans lesquels il a trouvé des abcès multiples. D'un autre côté, MM. de Castelnau et Ducrest sont arrivés au même résultat quand ils se sont bornés à une seule injection de pus, et l'on est fondé à croire, d'après les symptômes observés, que si les injections n'avaient pas été renouvelées jusqu'à ce que les accidents devinssent continus, les animaux auraient pu se rétablir spontanément et dans un temps très-court (3).

Gaspard a vu, par l'injection de 5 à 8 grammes de pus non altéré dans la jugulaire d'un chien, se déclarer un frisson intense, des vomissements, des déjections alvines fétides. — Le lendemain, le rétablissement était complet.

M. Duplay (4) a publié l'observation d'une femme âgée de vingt-sept ans, morte deux jours après son entrée à l'hôpital de la Pitié, et chez laquelle on n'observa aucun des symptômes attribués à la résorption purulente. A l'autopsie, on trouva du pus dans les artères et dans les veines, ces vaisseaux n'offraient aucune trace de phlegmasie. L'utérus était sain, etc., etc.

En joignant aux arguments résultant des faits que nous

(1) Duplay, *Archives de médecine*, 1828, p. 516.

(2) Dance, *Journal de physiologie expérimentale* de Majendie, t. I et II.

(3) Castelnau et Ducrest, *Rechercher les cas dans lesquels on observe les abcès multiples* (*Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, 1846).

(4) Duplay, *Archives de médecine*, 1834.

venons de passer en revue ceux que nous avons empruntés à, l'ordre d'apparition des symptômes de la fièvre puerpérale et des phlegmasies vasculaires de l'utérus et de ses annexes, M. Guérard se trouve conduit à conclure que la fièvre puerpérale n'est pas due à une infection purulente.

Tel était à peu près le langage de M. Guérard, et surtout telle était exactement sa seconde conclusion.

« Qu'est-elle en réalité? ajoute l'orateur en terminant.

» Les épidémies de fièvre puerpérale, bien que dissemblables, ont toutes un air de famille qui ne permet pas de les confondre avec d'autres maladies...

» En 1842 et 1844, tandis que les femmes récemment accouchées dans la salle Gésine de l'Hôtel-Dieu de Rennes, étaient frappées d'angioleucites utérines, les femmes non enceintes et les hommes admis dans les autres salles de l'établissement étaient déjà atteints ou ne tardaient pas à l'être d'angioleucites extrêmement graves, et, ce qu'il y a d'important à noter, c'est que l'épidémie de 1844 frappa d'abord les familles aisées de la ville (1). Enfin, M. Guérard, pensant que les symptômes caractéristiques de la fièvre puerpérale, indépendamment de la forme d'après laquelle les épidémies se différencient entre elles, prennent leur source dans certaines conditions propres à la femme en état de gestation et de parturition, que des aptitudes morbides se développent proportionnellement au développement de ces modifications physiologiques, fait observer que ces prédispositions morbides doivent atteindre leur maximum d'intensité pendant et surtout après la parturition, époque à laquelle les influences du milieu qui environne la femme en couches doivent imprimer aux maladies un caractère de spécificité et même, dans certains cas, de virulence.

(1) Botrel, *Archives générales de médecine*, 1845.

L'orateur en trouve la preuve dans le moment où se développe la fièvre puerpérale et dans les divers modes de propagation de cette affection, l'infection que tout le monde admet et la contagion qui ne saurait être révoquée en doute depuis la connaissance de faits authentiques. La fièvre puerpérale se compose et se développe comme la plupart des autres maladies générales (typhus, fièvre typhoïde, choléra, etc., etc.). C'est surtout dans les maisons où sont réunies un grand nombre de femmes qu'on la voit exercer ses ravages. C'est principalement quand il y a encombrement qu'elle fait invasion ; elle est souvent précédée par d'autres affections d'une gravité beaucoup moins grande, mais qui sévissent aussi d'une manière épidémique et qui peuvent se montrer non-seulement sur les femmes accouchées, mais encore sur les femmes enceintes, sur les enfants, les gens de service et les malades qui se trouvent dans les salles de chirurgie que renferme parfois le même hôpital.

M. Depaul (1) vint tout de suite se placer dans le camp de M. Guérard, et, abordant la difficulté par le point culminant, il exposa franchement, et sans réticence aucune, toutes ses convictions ; il existe une fièvre puerpérale très-généralement admise aujourd'hui en Angleterre, en Allemagne, en Bohême, aux Etats-Unis, et presque dans tous les pays du monde. « Quant à moi, dit-il, qui suis intimement convaincu de la nature essentielle de la maladie et qui accepte sans réserve l'opinion de ceux qui la font consister surtout dans une altération primitive du sang, j'aimerais mieux voir adopter les dénominations de typhus puerpéral ou de septicémie puerpérale; » et voici, pour M. Depaul, la preuve de l'essentialité de la fièvre puerpérale : La nature épidémique de l'affection est déjà une forte présomption en faveur de son

(1) Depaul, *De la fièvre puerpérale.* Communication à l'Académie, 2 mars 1858.

essentialité. L'apparition du muguet, de l'ophthalmie purulente, de l'érysipèle, est considérée dans un service d'accouchements, comme l'avant-coureur d'une épidémie de fièvre puerpérale, et bien souvent, depuis plus de deux ans, il put s'assurer de l'exactitude d'une pareille remarque. Les chirurgiens dont les salles sont voisines des services spéciaux, sont souvent avertis de l'invasion prochaine d'une épidémie par le développement d'un grand nombre d'érysipèles qui apparaissent sans cause appréciable ou à l'occasion de la plus petite opération, et par d'autres états généraux qui ne peuvent être rapportés qu'à des causes dont la nature nous échappe, mais dont l'action s'exerce incontestablement sur l'organisation tout entière.

Dans le cours des épidémies graves, on voit quelquefois des femmes enceintes être atteintes et y succomber sans que le travail de l'accouchement se déclare. — « J'ai fait à la Clinique, dit M. Depaul, l'autopsie d'une femme qui était venue de la ville déjà malade et qui succomba le lendemain de son entrée. Elle avait offert tous les symptômes de la fièvre puerpérale, et l'examen du cadavre me permit de constater du pus et des flocons albumineux dans le péritoine, du pus dans les lymphatiques de l'utérus et des ligaments larges. »

La fièvre puerpérale peut atteindre des personnes qui ne sont dans aucune des conditions de l'état puerpéral.

Dans d'autres cas, l'empoisonnement particulier qui cause la maladie paraît s'effectuer pendant le travail de l'accouchement ou quelques heures après la délivrance. Il ne faut pas avoir assisté à un grand nombre d'épidémies pour avoir constaté des cas de ce genre. Enfin, pour M. Depaul, l'absence de lésions, dont il cite des exemples, la multiplicité et la prédominance de telles ou telles manifestations pathologiques suivant les épidémies, certains troubles profonds qui appa-

raissent dès le début du côté de la circulation et du côté du système nerveux, cette anxiété épigastrique, ces efforts impuissants des malades qui cherchent à retrouver dans les grandes inspirations la vie qui leur échappe; cette fréquence excessive du pouls, sa petitesse, sa dépressibilité; tous ces caractères appartiennent aux maladies générales ou reconnues pour telles par tous les médecins.

M. Depaul, d'ailleurs, admet les opinions de M. Lorain sur les affections suppurées des nouveau-nés.

M. Paul Dubois (1) défendit à son tour les précédentes opinions dont il était le père et le propagateur. « Ses convictions sont bien arrêtées, et depuis longtemps elles sont fondées sur les raisons émises par M. Depaul. La fièvre puerpérale diffère essentiellement de la plupart des affections fébriles et continues qui peuvent devenir mortelles; il n'y a aucun organe qui ne puisse être altéré ou souffrant dans le cours de cette maladie. La fièvre puerpérale, contrairement à ce que l'on observe dans les fièvres dites essentielles, n'a pas de caractères anatomiques qui lui sont propres; s'il est vrai que presque toujours les autopsies révèlent des suppurations étendues ou circonscrites, chaque épidémie semble se distinguer par des lésions prédominantes, et enfin dans quelques cas rares, il est vrai, l'observation la plus scrupuleuse ne révèle aucune altération manifeste. »

Pour M. Daynau (2), son opinion peut se résumer, comme il le dit lui-même dans la profession de foi suivante :

La fièvre puerpérale est d'origine miasmatique, dont le miasme générateur pénètre dans le sang, l'empoisonne et le rend apte à la production, le plus souvent très-rapide, de

(1) Paul Dubois, *De la fièvre puerpérale*. Communication à l'Académie, 30 mars 1858.

(2) Danyau, *De la fièvre puerpérale*. Communication à l'Académie, 6 avril 1858.

localisations inflammatoires, surtout dans les organes dont la vitalité a été exaltée par la grossesse et par l'accouchement.

Tels furent les défenseurs de la doctrine de la fièvre puerpérale, et tels furent les arguments que MM. Guérard, Depaul, Paul Dubois et Danyau présentèrent dans ce grand débat scientifique.

A côté de cette interprétation faite à un point de vue tout général, nous devons mettre en parallèle la doctrine de la localisation.

Beau reconnaît dans l'état puerpéral une diathèse inflammatoire. Pour lui, la péritonite puerpérale qu'on peut diviser en partielle ou générale, est une phlegmasie, et dès lors le mot de fièvre puerpérale représente l'idée d'une fièvre phlegmasique. La violence du début, l'excès de fibrine le conduisent à cette opinion, que l'absence de lésion et les cas de contagion ne peuvent renverser. L'absence de lésions est douteuse, et en tous cas restreinte à un trop petit nombre de faits. Quant à la contagion, l'ophthalmie purulente peut démontrer que ce caractère ne suffit pas pour prouver que la fièvre puerpérale soit une maladie générale.

Dans le camp des localisateurs dut se placer et se plaça M. J. Cruveilhier (1).

La fièvre puerpérale, pour cet éminent professeur, est la fièvre traumatique des nouvelles accouchées. On peut comparer la femme qui vient d'accoucher à un individu qui vient de subir une grave opération chirurgicale. La femme en couches, comme l'opéré, est épuisée de fatigue, de douleurs, de malaise de toute espèce. Tantôt la fièvre traumatique des femmes en couches, comme celle des blessés ou des opérés, est simple ; tantôt au

(1) Cruveilhier, *De la fièvre puerpérale.* Communication à l'Académie, 30 mars 1858.

contraire, comme cette dernière, elle s'accompagne d'accidents locaux ou généraux plus ou moins graves, acquérant dans les cas d'encombrement, d'infection miasmatique, les proportions de la gravité la plus considérable, celle du typhus. Les femmes en couches meurent comme les blessés d'hémorrhagies, de stupeur et de convulsions éclamptiques. La phlébite suppurée, l'infection purulente, la gangrène s'observent dans l'un et l'autre cas.

Avec cette différence que la lymphangite purulente est aussi fréquente qu'elle est rare dans les lésions traumatiques ordinaires.

M. le professeur Velpeau (1) partage ces idées de localisation. La fièvre puerpérale est une péritonite, une angioleucite, une phlébite, une infection purulente ou une infection putride modifiée par l'état puerpéral.

Enfin pour MM. Hervez de Chégoin (2) et J. Guérin (3), c'est dans la surface même de l'utérus dépouillé de son placenta, qu'il faut chercher le point de départ des accidents d'infection purulente et d'infection putride auxquels succombent les femmes atteintes de la maladie dite fièvre puerpérale.

M. le professeur Trousseau (4) intervint avec tout l'ascendant de sa brillante élocution et de sa vaste expérience :

« Après cette doctrine, dit-il, que j'appellerai celle de la préexistence, d'autres sont venus qui ont tout subordonné à la localisation, et à la tête de cette doctrine de la subordination locale se placent MM. Beau, Hervez de Chégoin, et en dehors de cette enceinte des hommes d'un talent reconnu

(1) Velpeau, *De la fièvre puerpérale*. Communication à l'Académie de médecine, 25 mai 1858.

(2) Hervez de Chégoin, Communication à l'Académie de médecine, 16 mars 1858.

(3) Jules Guérin, Communication à l'Académie de médecine, 1er juin 1858.

(4) Trousseau, Communication à l'Académie de médecine, 11 mai 1858.

et apprécié, MM. Béhier et Jacquemier. Enfin est survenue une espèce de doctrine à laquelle mon nom est attaché, celle de la spécificité. Je suis donc seul de mon avis, et quoique j'en sois un peu embarrassé, je crois avoir raison contre tout le monde. »

L'illustre professeur résume lui-même son opinion sous forme de propositions. Ces propositions les voici.

1° La maladie dite fièvre puerpérale ne diffère pas de la fièvre dite chirurgicale, ou de résorption, ou purulente.

2° Dans la presque totalité des cas, la plaie placentaire ou le traumatisme, quel qu'il soit, est l'occasion de la maladie.

3° Sa cause efficiente est dans un principe spécifique, inconnu dans son essence, mais connu par ses effets.

J'ajoute un peu timidement, dit-il, que :

4° Il n'est pas impossible que dans un foyer épidémique on puisse contracter la maladie sans aucun traumatisme. Ces cas sont fort rares.

Contre la préexistence, M. Trousseau cite les faits connus de tous, dans lesquels une fille robuste vient à Paris par les voies rapides, jouissant de tous les attributs d'une excellente santé, arrivant à terme dans les Maternités, y accouche au bout de quelques heures, contracte la fièvre puerpérale et y meure. Il n'y a donc ici qu'une disposition à contracter la maladie, mais qui n'a jamais été une préexistence. D'ailleurs dans tous les cas, les fièvres puerpérales s'accompagnent de lésions locales très-faciles à constater. Ces lésions locales ne suffisent pas à elles seules pour expliquer les accidents de la fièvre puerpérale. Ce qui fait leur gravité, c'est quelque chose qui ne peut s'ajouter à ces lésions locales, quelque chose de particulier : c'est la spécificité. C'est à cette cause qu'il faut attribuer ces longues tables de mortalité de la Maternité, de la Clinique et même de Beaujon. L'encombre-

ment et la saleté ne suffisent point. Voyez ce qui se passe, ajoute M. Trousseau, dans ces masures où grouillent, permettez-moi cette expression triviale, les mâles et les femelles de l'espèce humaine que se dispute la vermine, et auxquels le percepteur marchande un peu d'air et de lumière..... On accouche et l'on ne meurt pas. Il faut donc une autre cause que l'encombrement et la saleté, que la souillure des pièces par des émanations putrides multipliées, il faut une cause plus haute : la spécificité.

« D'ailleurs à la Maternité, pendant les années d'encombrement, 1837, 1838, 1847, 1848, on constate :

14 217 entrées : 312 morts, ou 1 sur 45.

Dans les années moins encombrées, 1852, 1854, 1856 :

11 482 entrées : 638 morts, ou 1 sur 17. Quelle différence énorme! »

Puis M. Trousseau a développé cette idée de la spécificité avec tout le talent qu'on lui connaît, et les raisons qu'il a émises ailleurs. Il a, de plus, soutenu cette opinion, que la fièvre puerpérale peut atteindre non-seulement le nouveau-né, mais provoquer encore des accidents chez les opérés placés dans le voisinage d'un foyer épidémique. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

En dehors de cette discussion académique, nous ne voulons, pour notre part, exposer ici nos propres appréciations qu'après avoir passé rapidement en revue les opinions des autres professeurs de l'école de Paris.

Pour M. Monneret (cours de 1866), la fièvre puerpérale est une fièvre protopathique essentielle, préparée et développée par l'état puerpéral donnant lieu à des actes morbides, dont les organes génitaux sont le siége ordinaire, et qui consistent en phlegmasies suppuratives et autres altérations morbides, telles que ramollissements, gangrènes, hémorrhagies. Le seul fait incontestable, dit M. Monneret, est que la

fièvre est primitive, spontanée, et a pour effet d'être suivie de rapides productions de phlegmasies de tous les organes et spécialement de ceux de la génération. Dans le cours de la fièvre puerpérale, la plèvre, le poumon, le foie, s'enflamment et suppurent. Les phlegmasies se développent en même temps que la fièvre, absolument comme après les deux ou trois premiers jours de la fièvre ; dans la variole, surviennent des centaines de petites phlegmasies, exsudatives d'abord, puis suppuratives de la peau.

M. le professeur Béhier (1) a défendu avec un grand talent et une conviction absolue la doctrine de l'infection purulente. Se fondant sur l'existence constante de lésions appréciables (les cas de fièvre puerpérale sans lésion sont pour l'éminent professeur des faits exceptionnels et fort contestables), sur la fréquence excessive de la phlébite des sinus utérins (sur 145 autopsies, 141 fois du pus dans les veines), sur la présence de foyers purulents dans un grand nombre d'organes, sur la ressemblance absolue entre les symptômes de l'infection purulente des opérés, l'infection purulente expérimentale de Gaspard, Ducrest, Castelnau et Sédillot, et les symptômes des femmes atteintes de maladie puerpérale, sur des faits empruntés à Bérard, MM. Gosselin et Follin, M. Béhier arrive comme M. Bouillaud à formuler toute sa pensée par ces mots : L'existence de la fièvre puerpérale telle qu'elle a été caractérisée par MM. P. Dubois, Depaul, Danyau, c'est-à-dire constituant une entité fébrile nouvelle, *sui generis*, essentiellement distincte de toutes celles inscrites dans les cadres nosologiques, n'est aucunement démontrée.

Enfin M. le professeur Grisolle, dans son ouvrage classique de pathologie interne, termine son article *Péritonite*

(1) Béhier, *Conférences cliniques de l'hôpital de la Pitié.*

puerpérale par ses conclusions : « Dans l'état actuel des choses, il faut regarder les femmes en couches comme étant, par le seul fait de l'état puerpéral, éminemment prédisposées à contracter certaines phlegmasies (péritonite, métrite, phlébite, etc., etc.), maladies qui, précisément en raison de cette même condition étiologique, suivent une marche plus rapide. Ajoutons en outre que les affections puerpérales régnant souvent épidémiquement, éprouvent, en vertu de cette circonstance, des modifications dans leur marche et dans leur physionomie, sans impliquer néanmoins un changement de nature. Nous concluons donc que : 1° la fièvre puerpérale n'existe pas ; 2° que les symptômes qu'on a rattachés à cette maladie dépendent toujours d'une phlébite utérine, d'un état de putrescence ou de gangrène de l'utérus, et avant tout d'une péritonite et d'une métropéritonite ; 3° que la gravité des symptômes, leur marche rapide, et la disproportion qui existait entre eux et les lésions cadavériques s'expliquent par la constitution épidémique et l'état puerpéral, qui par lui-même est une prédisposition aux maladies précédentes, et constitue de plus une circonstance très-aggravante.

Cette longue exposition des opinions diverses sur la nature de la fièvre puerpérale, est la meilleure preuve de la difficulté du sujet. Si des hommes éminents, des praticiens consommés, ne peuvent s'entendre sur une question aussi ardue, aussi délicate, quelle saurait être l'importance de mes convictions? C'est précisément parce que j'étais bien pénétré de ce sentiment, que je me suis efforcé de mettre en parallèle les illustrations les plus aptes à prendre part à ce débat. Cette grande infériorité de ma part ne saurait, toutefois, m'imposer le silence; ce qu'on croit être la vérité peut toujours être exprimé; et, petit ou grand, l'honnête homme a toujours le droit d'exposer, en termes francs et ouverts, ses propres appréciations, à la seule con-

dition de se renfermer dans le domaine de la science.

C'est ce que je vais faire.

Pour moi, cette maladie épidémique, qui atteint ses victimes avec une violence excessive, et d'une façon parfois si inopinée, est une maladie générale au même titre que le typhus, le choléra et la dysenterie. Je dis à dessein *épidémique*, pour que la discussion s'éloigne des nuances et élague les cas sporadiques. Ce premier caractère, l'épidémie, a, selon moi, une valeur énorme; toutes les maladies générales le revêtent; et, qui plus est, toutes ou presque toutes peuvent se manifester sous forme sporadique ou épidémique.

Ne voit-on pas, par exemple, la dysenterie changer de nature et de nom, sous l'influence de ces deux états morbides? La dysenterie sporadique est, le plus souvent, une entérite; la dysenterie épidémique est toujours une maladie générale. J'ai ici pour me soutenir tous les auteurs classiques. Pourquoi, dès lors, la femme en couches ne pourrait-elle être atteinte de phlegmasie locale (phlébite, péritonite, etc., etc.) dans certains cas, et ne pourrait-elle être frappée, dans d'autres, d'une maladie générale dont les manifestations se produiraient sur les mêmes organes, comme dans la dysenterie épidémique et la dysenterie sporadique? Je ne vois là rien qui déroge aux plus saines doctrines médicales.

Si, *à priori*, la fièvre puerpérale peut être une maladie générale, existe-t-il des preuves à l'appui de cette opinion? Voici ma réponse : 1° Les symptômes généraux sont identiques avec ceux de toutes les maladies générales; 2° ils ont une prédominance marquée sur les phénomènes locaux; 3° le plus souvent, les épidémies ont présenté des allures spéciales (péritonites, phébite, pleurésie); 4° les lésions anatomiques, j'en conviens, sont celles de la suppu-

ration généralisée, mais enfin on ne peut nier que, dans quelques cas, l'autopsie est bien impuissante pour expliquer la mort, et que, d'ailleurs, elles ne satisfassent point complétement aux exigences de bonne localisation. La meilleure preuve, c'est que les hommes les plus éminents et les plus désireux de s'éclairer les placent sur un point différent. Si la doctrine de la localisation avait dit son dernier mot, elle serait comme le soleil : tout le monde la verrait, les aveugles exceptés. Le même argument, je le sais, peut être invoqué contre la doctrine de la généralisation, puisque chacun la comprend un peu à sa façon (fièvre, empoisonnement, spécificité). Mais il prouve au moins qu'on peut se ranger dans le camp de la doctrine de la généralisation. Ces raisons me paraissent suffisantes, et je n'invoque point les cas de la fièvre puerpérale avant le travail et en dehors de la grossesse.

Mais, si la fièvre puerpérale est une maladie générale, dans quel cadre la comprendre : dans celui des fièvres, des empoisonnements, des affections miasmatiques ?

J'avoue que si mes convictions précédentes sont absolues, je me trouve, pour ma part, dans la plus grande incertitude sur ce dernier point en litige. Je dirai cependant, en y apportant toute la circonspection désirable, que cette prédilection marquée pour les Maternités, pour ces asiles qui se transforment en foyers d'infection, me paraît devoir être prise en sérieuse considération.

En résumé, il existe, chez les femmes en couches, des phlegmasies des organes de la génération et du petit bassin qui empruntent à l'état puerpéral une marche et des caractères spéciaux. Mais ces phlegmasies sporadiques sont d'une nature *entièrement distincte de cette terrible maladie épidémique* qu'on a placée, à bon droit, en tête des fléaux les plus dévastateurs.

PÉRITONITE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

INFLUENCE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE SUR LES OPÉRÉS.

Le moment est venu d'aborder la question que M. Lorain a bravement et vaillamment défendue : de la fièvre puerpérale chez le fœtus et chez le nouveau-né (1).

Voici, du reste, toute sa pensée. L'auteur, comprenant ce que son opinion contient de nouveau et d'étrange, s'exprime ainsi : « Je ne doute pas que le titre de ce mémoire ne m'attire des critiques en apparence bien fondées; il semble qu'on ne doive point chercher la fièvre puerpérale ailleurs que chez les femmes, puisqu'elles seules peuvent se trouver dans les conditions qu'on est convenu d'appeler état puerpéral, et, cependant, les enfants nouveau-nés et les fœtus sont aussi atteints de la fièvre puerpérale ! Telle sera ma réponse. J'aurais pu facilement éviter ce contre-sens, si je m'étais contenté de prendre pour titre : *Observations de péritonite, de méningite, etc., etc., chez les nouveau-nés et le fœtus.* » L'auteur a voulu mettre toute son idée dans le titre de sa thèse.

Pour lui, la fièvre puerpérale n'est pas une maladie exclusive à la femme accouchée : c'est aussi une maladie de la gestation, et il n'est pas étonnant que la même influence puisse atteindre la mère et le produit de la conception.

D'ailleurs M. Lorain invoque, d'une part, l'autorité de M. le professeur Trousseau, qui avait, étudiant l'érysipèle et l'ophthalmie épidémiques des enfants nouveau-nés, dénoncé l'influence de la fièvre puerpérale épidémique sur la production de ces maladies et, de l'autre, l'existence, dans la science, d'une foule d'observations analogues aux siennes,

(1) Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.* Paris, 1855.

qui n'ont pas été envisagées à leur véritable point de vue.

Leur caractère authentique ne permet point de les révoquer en doute.

Elles appartiennent à MM. Rayer, Bouchut, Moreau, P. Dubois, Danyau. Quant à la péritonite *in utero*, Dugès et Billard en ont vu quelques faits très-rares. Un illustre accoucheur écossais, le docteur Simpson, a rapporté, il y a peu d'années, dans le *Medic. and surgic. Journ.*, une vingtaine de cas de péritonite *in utero*, dont une dizaine ont été observés par lui et le docteur Allan.

Voici, en outre, le résultat des observations de M. Lorain à l'hôpital de la Maternité :

En 1853, sur 152 femmes mortes :

142 ont succombé à la péritonite avec ou sans complication.

3 ont succombé à des attaques d'éclampsie,

1 a succombé à la fièvre typhoïde,

1 à la pneumonie,

3 à l'infection purulente,

1 à la méningite,

1 à la gangrène des membres.

Sur 256 enfants morts après la naissance, en 1853, à la Maternité :

40 ont succombé à la péritonite simple ou accompagnée d'érysipèle, de phlébite ombilicale, de méningite, etc., etc.

12 à 15 ont succombé à d'autres lésions appartenant également à la fièvre puerpérale.

Enfant et mère, atteints de fièvre puerpérale, ne succombent pas toujours l'un et l'autre à la péritonite. La maladie peut varier de l'un à l'autre. Ainsi la mère peut être atteinte de méningite, l'enfant de péritonite ; l'enfant peut succomber à la méningite, tandis que la mère succombe à l'infection purulente.

M. Lorain voit ici une seule et même influence : la fièvre puerpérale.

Au point de vue pathologique, on n'est pas étonné que la mère ait la variole et que le fœtus ou le nouveau-né en soit atteint aussi ; on trouve très-naturel que la mère ait un érysipèle et que l'enfant nouveau-né ait aussi un érysipèle. On ne manque pas, lorsqu'un enfant naît avec le pemphigus, de chercher si la mère n'a pas la syphilis, parce qu'on suppose que le pemphigus représente la syphilis héréditaire.

M. Lorain, continuant sa discussion, fait remarquer que si la mère et le fœtus peuvent avoir une vie indépendante, si une mère syphilitique, cancéreuse, tuberculeuse, peut donner le jour à un enfant absolument sain, et si un fœtus d'une femme vaccinée peut avoir la variole sans que la mère en soit atteinte, du pemphigus sans que sa mère soit syphilitique, il faut, toutefois, reconnaître que les fœtus ne sont pas non-seulement une partie de la mère elle-même, mais encore qu'ils vivent dans le même milieu, dans le même foyer épidémique. La fièvre puerpérale saisit en même temps la mère et l'enfant qu'elle porte dans ses bras, dans son utérus. La naissance est une limite que ne respecte pas la maladie.

Les petits malades présentent, du reste, les symptômes ordinaires de la péritonite. La mort survient rapidement, en un, deux à trois jours.

Les complications sont : des érysipèles, de l'ictère, du phlegmon, des méningites ; on trouve, quelquefois, des pleurésies, du muguet, de l'érythème des fesses. Les lésions principales sont : la péritonite avec tous ses caractères habituels : pus, fausses membranes. Épanchement de même nature dans la tunique vaginale. Les vaisseaux de l'ombilic, surtout les veines, sont quelquefois le siége d'une inflammation.

Ce qui nuit évidemment à la solution de ce débat, c'est le mot de fièvre puerpérale, auquel s'attache toujours deux idées : la question de nature (fièvre) et celle du moment où elle peut se développer (puerpérale). Mais, si nous suivons l'exemple de M. Lorain, en faisant abstraction du nom, la discussion est close, la cause est entendue. Tous les dissidents s'effacent, et les auteurs les plus éloignés se rapprochent d'un commun accord sur le même terrain : cette mère est syphilitique, son enfant présente des plaques muqueuses. La réponse ne se fait pas attendre : c'est la mère qui est cause de la maladie de l'enfant. Le même virus a circulé dans les veines de l'arbre et du rameau dont il était porteur. Cet enfant naît avec la variole d'une mère variolée ; même réponse. J'ai cité des faits admis par tous les auteurs d'enfants atteints de fièvre intermittente, la mère étant en puissance de fièvre intermittente, des cas d'éclampsie chez des enfants albuminuriques, nés de mères éclamptiques et albuminuriques. Jusqu'ici, l'affirmation est unanime.

Vient-on à dire que des enfants ont succombé à des péritonites, la mère étant elle-même atteinte de cette affection, le rapprochement commence à ne plus présenter tant de séduction. Une fois le mot de fièvre puerpérale lancé, la désunion succède à l'harmonie, on ne parle plus la même langue. Fièvre puerpérale, chez un enfant nouveau-né ! Mais il n'est pas, il ne peut être dans l'état puerpéral ! C'est bien là le nœud gordien. Il faut savoir le trancher. Les faits, précédemment exposés nous permettent de dire : Au milieu des épidémies de la maladie, appelée à tort ou à raison, *fièvre puerpérale*, les enfants sont atteints d'une maladie qui offre les mêmes caractères anatomiques et qui pourrait, à la rigueur, porter le même nom.

INFLUENCE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE SUR LES BLESSÉS.

M. Trousseau (1) ne croit pas que la fièvre puerpérale soit propre à la femme, mais qu'elle existe aussi chez l'homme. « Permettez-moi, ajoute-t-il, d'expliquer cette proposition assez étrange. » Personne, mieux que cet éminent professeur, ne saurait présenter les arguments sous un jour plus favorable, et nous les reproduisons intégralement.

Dans la grande épidémie de 1855, dont MM. Charrier, Lorain, et d'autres encore nous ont conservé la relation, on note d'abord les lésions de l'appareil utérin ; il y a de bonnes raisons pour cela ; mais ensuite on voit, aux mois de septembre et d'octobre, apparaître de graves lésions des organes thoraciques ; des pleurésies suppurées enlèvent les femmes en aussi peu de temps que la péritonite. L'on observe, en outre, que pendant tout le temps de l'épidémie les enfants meurent en quantité incomparablement plus grande que dans un autre temps. Je parle des enfants dont les mères n'avaient pas la fièvre puerpérale. Comment meurent-ils? comme les femmes : avec des phlébites ombilicales, des péritonites, des pleurésies, etc., en un mot en présentant les mêmes lésions que les femmes soumises à l'influence épidémique, et cela indépendamment des conditions de la parturition.

Or, si l'enfant séparé de la mère, si le rameau détaché de l'arbre, offre des lésions identiques, à plus forte raison l'enfant encore dans le sein maternel les offrira-t-il. Aussi voyons-nous, quand règne la puerpéralité, l'enfant mourir dans le sein de sa mère avec une péritonite, même lorsque la mère n'est pas malade.

Cela est-il propre aux services d'accouchement? Point

(1) Communication à l'Académie, 16 mars 1858.

du tout ; et la même chose s'observe dans les autres hôpitaux. A l'Hôtel-Dieu, à Necker, à Beaujon, etc., partout où l'on reçoit des femmes récemment accouchées, les enfants ont des ophthalmies excessivement graves, des érysipèles autour de l'ombilic, s'étendant excessivement loin, etc., accidents qui les tuent aussi promptement que le fait la fièvre puerpérale. Nous les voyons encore contracter des inflammations de la veine porte et des organes abdominaux et succomber comme succombent les femmes dans les hôpitaux spéciaux.

Maintenant, demandez à M. Nélaton s'il est en sécurité pour ses opérés quand la fièvre puerpérale règne dans les salles de M. Dubois. Il vous répondra que les phegmasies des séreuses, des synoviales, que la fièvre de résorption en un mot, etc., sont alors la règle et que la moindre opération à faire exige de sa part la plus grande circonspection. Demandez à M. Jobert et à M. Laugier si, alors que règne la fièvre puerpérale dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, et qu'on n'en sait rien encore dans leurs services, ils ne s'aperçoivent pas, à leurs insuccès et à la gravité que révèlent les plus minimes opérations, que l'épidémie a fait invasion.

Allons plus loin. En 1856, M. Dubois fait évacuer la Clinique ; on reçoit les femmes en couches dans les autres hôpitaux, et la Clinique reçoit les malades ordinaires. M. Pidoux chargé de ce service, note qu'il perd ses malades dans une proportion insolite, et pour les affections les plus bénignes d'ordinaire. Mais alors elles se compliquent d'érysipèles, d'affections gastriques et presque toutes succombent.

Non-seulement on observe les accidents dont je parlais tout à l'heure après les opérations, mais on les observe auparavant. Les malades atteints d'affections chroniques, sans plaie, et qu'on doit opérer, prennent des indispositions caractéristiques, se traduisant par des phénomènes géné-

raux auxquels les yeux exercés ne se trompent guère et qui font prévoir un insuccès certain.

Vous voyez donc que la fièvre puerpérale est commune aux hommes aussi bien qu'aux femmes, et que ma proposition, si étrange au premier abord, se justifie jusqu'à un certain point.

M. Trousseau est en mesure, et jouit de l'autorité nécessaire, pour soutenir une proposition aussi nouvelle. Nous lui demandons cependant la permission de la discuter avec tout le respect que nous lui devons.

Le voisinage d'un foyer de fièvre puerpérale, cela s'entend, peut exercer une influence fâcheuse sur la marche et la cicatrisation des plaies. Les érysipèles spontanés et traumatiques s'observent en plus grand nombre et présentent une gravité exceptionnelle en temps d'épidémie de fièvre puerpérale; tout le monde en tombe d'accord. Ces faits sont de notoriété publique; mais doit-on en conclure que ces accidents sont de nature identique à ceux de la fièvre puerpérale? Est-ce, en un mot, la même maladie avec des manifestations diverses? Si, suivant les épidémies, il est admis qu'on puisse observer la prédominance de tel ou tel symptôme, de telle ou telle lésion anatomique, est-il permis, je me le demande, de pousser la comparaison jusqu'à voir, dans ces accidents concomitants des salles de chirurgie, une preuve à l'appui de la question en litige?

Ces accidents, fussent-ils ceux de l'infection purulente, appartiennent-ils de plein droit à la fièvre puerpérale?

Ce sont là autant de points délicats qui exigeraient une solution définitive et une sanction absolue, mais dont, je l'avoue, l'importance dépasse la mesure de mes forces. Je voyais, jusqu'à ce jour, une disposition générale malsaine de l'atmosphère, favorisée par le voisinage d'un foyer d'infection, sans m'arrêter à l'idée d'une fièvre puerpérale.

MALADIES LOCALES.

ORGANES DE LA GÉNÉRATION.

Les accidents locaux utérins sont fort divers : ce sont des congestions, des inflammations seules, ou ce qui est le plus fréquent, accompagnées de phlegmasies du péritoine et des ligaments larges ; des ramollissements et la mortification de l'utérus, connue sous le nom de putrescence de l'utérus.

Congestion utérine. — Sous l'influence de causes appréciables ou non, l'utérus, dont le travail est achevé depuis un temps variable, douze à trente-six heures, quelquefois depuis un temps plus long, se congestionne de nouveau. Au lieu de continuer sa rétraction physiologique, on le voit rester au-dessus du pubis vers l'ombilic. Le fond se sent très-facilement par la palpation abdominale, et l'exploration du vagin permet de reconnaître que le col mou, entr'ouvert, charnu, est remonté au delà de la position première. L'écoulement lochial est quelquefois momentanément diminué ; ordinairement il existe une réaction générale, fébrile en apparence, qui dure deux à trois jours ; puis, sous l'influence du repos et quelques calmants, tout rentre dans l'ordre comme par enchantement. Cette marche rapide prouve qu'il n'existait qu'une congestion.

Cette affection peut être à répétition, et elle est un indice certain d'une grande tendance aux phlegmasies locales, quelquefois même aux hémorrhagies tardives.

MÉTRITE.

La métrite peut être précédée de ces bouffées congestives ou, au contraire, débuter seule et d'emblée. Il faut ensuite faire une distinction capitale. Tantôt la métrite survient comme symptôme de la fièvre puerpérale, tantôt, au con-

traire, elle ne lui appartient point. Cette dernière métrite peut d'ailleurs être simple (ce qui est l'exception), ou au contraire être compliquée de phlegmasies des ligaments larges (ovarites, etc.), ou de péritonite. Cette métrite, en dehors de la fièvre puerpérale, survient quelquefois peu d'heures ou de jours après l'accouchement; sa fréquente apparition vers le septième ou le huitième jour (époque à laquelle les femmes commettent toutes sortes d'imprudences), lui avait fait donner par Chomel le nom de *métrite postpuerpérale.*

Elle est caractérisée anatomiquement par les lésions suivantes. L'utérus est volumineux, dépasse le rebord du bassin, ses parois sont ramollies, tantôt rouges, tantôt purulentes. La face interne offre un aspect noirâtre, ou a des détritus pulpeux plus ou moins abondants.

Le début a lieu lentement ou subitement, ordinairement par un frisson et vers le cinquième ou huitième jour après l'accouchement, quelquefois plus tôt, dans certains cas plus tard. En même temps que le frisson et la fièvre, la malade se plaint de douleurs de bas-ventre s'irradiant dans la région des lombes, au devant des cuisses, autour du bassin. L'exploration abdominale et vaginale permet de constater l'augmentation de volume de l'utérus, et le plus ordinairement des annexes de l'utérus. Les lochies diminuent et le lait cesse ordinairement d'être sécrété. Les troubles sympathiques sont très-variables. Peu prononcés dans la métrite qui vient au huitième ou quinzième jour après les couches, ils sont bien plus intenses et de beaucoup plus graves immédiatement après la délivrance. Ces phénomènes sympathiques seront d'ailleurs subordonnés à une foule de circonstances (extension de la phlegmasie au tissu cellulaire des ligaments larges, des ovaires, des trompes, du péritoine).

Bornée à l'utérus, l'inflammation s'accompagne d'une

fièvre modérée sans réaction générale sérieuse. Étendue au péritoine et aux annexes de l'utérus, elle se complique de vomissements, de vives douleurs du bas-ventre et d'une fièvre très-intense. Cependant ce qu'il faut noter et bien mettre en évidence ici, par opposition à ce qu'on observe dans la fièvre puerpérale, les symptômes généraux du côté du système nerveux, l'appareil respiratoire, l'état des forces, l'aspect du visage, n'ont rien de comparable avec ce qu'on observe dans le cours de la fièvre puerpérale, où les symptômes généraux dominent habituellement les symptômes locaux. La métrite que nous étudions se termine le plus souvent par la guérison, seulement celle-ci se fait longtemps attendre, des semaines, des mois, et parfois elle passe à l'état chronique et dès lors se complique de déplacements, adhérences et altérations variées de la muqueuse utérine (granulations, ulcérations, etc.). Dans les cas malheureux, elle suppure, et alors, ou bien les malades meurent d'une péritonite concomitante, ou bien d'une phlébite des sinus utérins et d'infection purulente, ou enfin de la suppuration du tissu cellulaire des ligaments larges des ovaires. Le pus dans ce dernier cas, collectionné ou diffus, s'ouvre une issue dans le péritoine, dans le vagin, le rectum et la vessie (très-rare). Un vaste clapier en est la conséquence, et dès lors la mort survient rapidement ou d'une manière fort lente.

Le pronostic est donc fort variable, suivant les circonstances que nous venons d'énumérer ; mais il n'a rien de comparable avec celui de la métrite de la fièvre puerpérale.

Le traitement local consistera principalement dans le repos, des émissions sanguines locales, et des émollients.

PHLEGMONS DES LIGAMENTS LARGES.

Des phlegmons des ligaments larges, nous l'avons dit, ou du tissu cellulaire périutérin, compliquent le plus communément la métrite. Dans quelques cas, le pus s'est infiltré dans une grande étendue de l'excavation pelvienne. On rencontre alorsdes lésions graves du côté du péritoine et des articulations du bassin. Comme l'a bien démontré M. Bernutz (1) dans ces derniers temps, le péritoine est toujours intéressé, et quelquefois même le plus intéressé en pareille circonstance. De là le nom de pelvi-péritonite puerpérale.

Les symptômes des phlegmons de l'excavation pelvienne se composent de douleurs vives de bas-ventre, s'irradiant au-devant des cuisses ou vers les reins, s'augmentant par les mictions et les défécations. Le ventre, ballonné d'une manière plus ou moins notable, est le siége d'une tumeur douloureuse que la palpation abdominale constate au-dessus des pubis obliquement dirigés, suivant une ligne parallèle au pli de l'aine. Le toucher rectal et vaginal permet de constater la même tumeur, tantôt en avant, tantôt en arrière de l'utérus, ou bien, ce qui est plus fréquent, sur les côtés, dans la région des ligaments larges. L'utérus subit souvent un déplacement que l'on devine, et une inclinaison du côté opposé. La vessie et le rectum sont, de leur côté, plus ou moins comprimés par la même tumeur phlegmoneuse.

Les malades, en outre, sont tourmentés par de la fièvre et une réaction d'autant plus vive que l'inflammation occupe plus d'espace, et surtout qu'elle a atteint une étendue plus grande du péritoine. Dans ce dernier cas, les nausées, les vomissements, la douleur, sont prédominants. Dans l'éven-

(1) Bernutz et Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, 1860.

tualité de phlegmasie localisée au tissu cellulaire sans péritonite, ce qui est rare, les phénomènes de compression se placent au premier plan. La miction et les défécations sont des plus pénibles, les malades ont parfois la sensation d'un corps étranger qui remplirait le rectum, elles éprouvent des douleurs expulsives, et les besoins de défécation réveillent chez elles les plus vives douleurs.

Ces inflammations se terminent le plus souvent par suppuration, tantôt rapidement en quelques jours, quelquefois lentement en six semaines ou deux mois. Le pus s'échappe alors ou dans le vagin, ou le rectum, ou, ce qui est plus rare, dans la vessie, le canal de l'urèthre, ou vers l'arcade crurale, dans la région hypogastrique. D'autres fois, le pus se fraye une issue dans le péritoine, de là une péritonite suraiguë rapidement mortelle. Enfin, quelquefois ce pus est parvenu à la face interne de la cuisse et à la partie postérieure de la fesse par le trou obturateur et la grande échancrure ischiatique. Cette terminaison, quand elle se produit dans un organe qui puisse permettre l'issue du pus au dehors, comme le vagin et le rectum, est favorable si la cavité de l'abcès est de petite dimension et revient volontiers sur elle-même. Mais dans d'autres cas le foyer est plus vaste. Les parois indurées se rapprochent difficilement. Le pus y stagne et s'y altère, et dès lors devient l'origine d'une infection putride et d'une fièvre hectique.

Le diagnostic repose sur l'existence de la fièvre et l'existence d'une tumeur douloureuse siégeant dans le bassin, survenue dans les conditions de la puerpéralité et le plus souvent à l'occasion d'imprudences des malades.

Il est, en effet, de règle dans le monde, que le huitième et le neuvième jour sont des époques sacramentelles. A cette époque, la malade doit rentrer dans la vie régulière. Dans les hôpitaux surtout, les nouvelles accouchées sont tellement

convaincues de leur guérison absolue à cette époque que ni les menaces d'accidents ni la persuasion et les exhortations les plus cordiales ne peuvent, chez elles, déraciner cette croyance erronée qui leur sera bientôt préjudiciable. Combien de fois ne nous a-t-il pas été donné d'assister à ce triste spectacle ! Imbues de ces fâcheux préjugés et appelées quelquefois au logis par des nécessités de premier ordre, les nouvelles accouchées des classes pauvres quittent, sur leur demande, les asiles hospitaliers, se dirigent péniblement jusqu'à leur demeure où elles se livrent aux travaux du ménage ! Au bout de peu de jours, quelquefois de peu d'heures, la congestion pelvienne, puis, plus tard, la phlegmasie éclatent, et la malade épuisée reprend le chemin de l'hôpital qu'elle n'aurait point dû quitter et où sa convalescence se fût effectuée normalement. Là, chez ces malheureuses, tout favorise l'apparition de ces accidents. Leur constitution a souvent été délabrée, leurs forces épuisées par la misère, le travail ; dès lors l'état puerpéral de la première période et l'accouchement ont été suivis d'une atonie générale des plus prononcées ; les huit jours obligatoires n'ont point suffi pour effectuer le retrait de l'utérus et donner du ton à son tissu, ses annexes et l'économie tout entière. La convalescence, on le conçoit, n'est plus aussi rapide, aussi franche ; et en présence de telles prédispositions causées par la puerpéralité, la position verticale, la marche, les efforts ont eu beau jeu. Même chez les femmes du monde, qui jouissent de tous les avantages inhérents à l'aisance et à la fortune, on ne saurait trop s'élever contre cette pratique des plus pernicieuses, qui consiste à quitter le lit prématurément, et d'une manière absolue à certaines époques déterminées d'avance. C'est faute de tenir compte de ces conseils élémentaires qu'on voit tant de femmes des grandes villes frappées de ces accidents à marche aiguë ou lente qui

peuvent troubler à jamais toute leur existence, tout leur avenir. En admettant que les accidents (congestion, métrite, métropéritonite, phlegmon des ligaments larges, ovarites), parviennent à la guérison, toujours, ou presque toujours, des congestions chroniques de l'utérus et de sa muqueuse, des déplacements, des indurations et des adhérences de cet organe seront le point de départ de douleurs sourdes, de leucorrhée, de granulations, etc., etc., qui rendront la marche impossible, ou, tout au moins, condamneront la malade pour longtemps aux précautions les plus impérieuses. De là, des troubles divers du système nerveux, du tube digestif, qui en seront la fatale conséquence.

Le repos et un traitement antiphlogistique dans les premiers jours. L'intervention, dans des cas exceptionnels, d'une main chirurgicale, tel est le traitement que nous ne pouvons qu'indiquer, faute de temps.

PHLEGMON ET ABCÈS ILIAQUE.

Après la parturition, et en dehors de la fièvre puerpérale, l'inflammation de la cavité pelvienne peut atteindre les fosses iliaques (M. Grisolle) (1).

Tantôt l'inflammation et la suppuration restent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, tantôt elles atteignent le muscle psoas-iliaque, le carré des lombes. Dans le premier cas, le pus s'étend parfois au loin jusque vers les reins et les fausses côtes; dans le second, on trouve les fibres musculaires dissociées, réduites à l'état d'une sorte de pulpe, couleur chocolat.

Il va de soi que nous ne nous proposons pas de faire ici l'étude complète des phlegmons iliaques, notre but est seulement d'en indiquer les principaux caractères.

(1) Grisolle, *Archives générales de médecine*, 3e série, t. IV, pages 34, 137 et 295.

L'affection débute ordinairement par l'apparition de la douleur dans la fosse iliaque malade; cette douleur s'irradie dans le membre inférieur, et en même temps on peut constater l'existence d'une tuméfaction, tantôt circonscrite, tantôt étalée, aplatie, paraissant se prolonger vers les ligaments larges ou bien se diriger verticalement suivant l'axe du muscle psoas. Par la compression qu'elle exerce sur les nerfs et les vaisseaux, cette tumeur phlegmoneuse provoque des douleurs lancinantes et un œdème des membres inférieurs. Sous l'influence de ce même voisinage le membre inférieur est fléchi sur l'abdomen par la rétraction douloureuse des muscles de la fosse iliaque. On observe de la fièvre et des alternatives de constipation et de diarrhée. Tel est le résumé de la symptomatologie de cette affection.

Marche. — Née dans les mêmes conditions que la métro-péritonite et l'inflammation des ligaments larges, cette inflammation se termine le plus communément par suppuratiou gangréneuse et induration. La suppuration, qui est la terminaison la plus fréquente de l'inflammation phlegmoneuse, survient au bout d'un temps variable (5e, 10e, 40e, 66e jours), et est caractérisée par les signes habituels (frissons irréguliers, paroxystiques, sueurs nocturnes). Une fois formé, le pus se fraye une route tantôt à travers les parois abdominales, tantôt dans le vagin. Dans un certain nombre de cas, dans les deux directions à la fois, moins fréquemment, le pus fuse vers la cuisse en passant sous l'arcade crurale, et si le pus était logé sous l'aponévrose, il atteint le petit trochanter dans la gaîne du psoas, quelquefois il pénètre dans l'articulation coxo-fémorale.

Enfin, on l'a vu remonter sous la région des reins et du foie; dans un cas, A. Bérard l'a vu passer d'une fosse iliaque à l'autre. Les abcès des fosses iliaques s'ouvrent fréquemment dans le gros intestin, très-rarement dans la

vessie. Dans un cas tout à fait insolite, le pus pénétra dans la veine cave inférieure.

En résumé, ou bien le pus a pu être éliminé et l'abcès vidé a pu se cicatriser; ou bien, au contraire, des accidents formidables ont été la conséquence de l'apparition du pus dans des organes du voisinage; ou enfin, un vaste clapier, malgré l'issue du pus au dehors, a été la source d'infection putride.

Je m'arrête ici. L'étude de ces abcès n'est point spéciale, au delà des grandes lignes que je viens de tracer, à l'état puerpéral; et de l'avis même de M. le professeur Grisolle (1), on ne doit point en faire une étude séparée. — « J'ai confondu, dit-il, dans une description commune les abcès iliaques, survenant dans les conditions ordinaires et ceux qui naissent dans le cours de l'état puerpéral. Il n'existe entre eux que des nuances déterminées par les conditions spéciales au milieu desquelles la maladie se déclare. »

INFECTION PURULENTE ET INFECTION PUTRIDE.

Ces phlegmasies diverses peuvent être l'origine d'infection purulente, et d'infection putride. D'infection purulente, quand les veines des ligaments larges, des sinus utérins, et des veines utérines sont le siége de suppuration. D'infection putride, quand la face interne de l'utérus recouverte de détritus placentaires ou autres en voie de putréfaction, quand la cavité même des grands abcès dont nous venons de parler, s'altère au contact de l'air, après l'issue du pus à travers les muqueuses du voisinage.

Il existe dans la clinique de M. Trousseau un exemple d'infection purulente tout à fait convaincant, le voici :

Une malade accouchée dans son service, sort à pied de

(1) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 509.

l'Hôtel-Dieu, bien rétablie de ses suites de couches. Cinq jours après son retour au logis, cette jeune femme est prise de frissons qui reviennent les jours suivants. A l'Hôtel-Dieu, où elle entre au bout de quelques jours, elle est reprise de frissons. Son pouls est petit, facile à déprimer et d'une grande fréquence. Cependant la malade demande des aliments et dit n'être plus malade. Le ventre n'est point douloureux et cependant l'utérus est tuméfié, le ligament large droit est le siége d'un empâtement,

Le lendemain, de nouveaux frissons se reproduisent et l'épaule droite devient le siége d'une douleur assez intense. Le surlendemain, les frissons erratiques se sont de nouveau manifestés, et quoique l'intelligence soit conservée, on remarque une angoisse assez vive, la respiration est anxieuse, la poitrine contient des râles humides qui se généralisent; et la malade meurt sans avoir éprouvé des vomissements, sans diarrhée.

A l'autopsie, on constate, dans la paroi antérieure du vagin, sur les confins du col utérin, une multitude de petits abcès qui avaient transformé le tissu cellulaire de cette paroi en une espèce d'éponge purulente. La veine hypogastrique gauche contient du pus crémeux libre, sans caillot obturateur, sans traces de phlébite dans le point où ce pus a été constaté.

Les poumons présentaient un grand nombre de taches ecchymotiques qui empruntaient une grande valeur à l'existence de petits abcès entourés eux-mêmes d'ecchymoses et de petits foyers apoplectiques. De plus il y avait à la base du poumon et sur le bord de cet organe des abcès du volume d'un haricot, les uns fluctuants, les autres contenant du pus concret. Dans le foie et la rate, seulement des ecchymoses superficielles et des taches jaunâtres.

Dans les deux épaules, grande quantité de pus dans la cavité même des articulations.

Point de péritonite ni de pleurésie purulentes comme on le voit dans cette observation, les frissons violents se sont répétés tous les jours, et l'autopsie n'a point permis de constater des désordres énormes dans la cavité pelvienne. Il existait un foyer purulent, et le poumon et les articulations de l'épaule étaient le siége de suppuration.

Quant à l'infection putride son point de départ peut être la face interne de l'utérus (Danyau, Dumontpallier), ou la face interne de l'utérus d'un foyer purulent.

On observe alors les symptômes ordinaires de l'infection putride, qui sont rapides ou lents et accompagnés d'une excessive fétidité des lochies.

Je ne crois pas utile de parler ici des maladies du sein, qui sont du ressort de la chirurgie.

CONCRÉTIONS SANGUINES DANS LES VEINES.

Il serait trop long de revenir ici sur l'histoire des concrétions sanguines. En citant les travaux de William Gould (1), de Van Swieten (2), de Morgagni (3), de Senac (4), de Cruveilhier (*Anat. pathol.*), de Legroux, (1827, thèse), Rayer (5), Bouchut (6), Virchow (7), Fritz (8), Ball et Charcot (9), Trousseau et Dumontpallier (*Union médicale*, 1860), Bucquoy (10), etc., etc., je ne fais qu'indiquer les sources, aujourd'hui fort nombreuses, où cette question est abordée de manière à satisfaire à toutes les exigences légitimes.

Ce qui nous importe dans cette étude, c'est d'ailleurs bien

(1) *Philosophical Trans*, 1864.
(2) *Comment. in Aphor.* (§ 101, 2).
(3) Lettre XXVI.
(4) *Traité de la structure du cœur et de ses maladies*, 1749
(5) Rayer, *Maladies des reins.*
(6) Bouchut, *Gazette médicale*, 1845.
(7) Virchow, *Thrombose und Embolie*, 1856
(8) Fritz, *Union médicale.* 1857.
(9) Ball et Charcot, *Gazette médicale*, 1858.
(10) Bucquoy, Thèse d'agrégation. Paris, 1863

moins les caractères des concrétions sanguines, envisagées à un point de vue général, que ceux des concrétions sanguines de l'état puerpéral en particulier.

Ces concrétions peuvent être spontanées, sans travail pathologique siégeant dans la paroi des veines (thrombose), ou bien liées à une véritable inflammation du tissu des parois veineuses.

La phlébite, dans l'état puerpéral des femmes en couches, fut longtemps, dans le principe, le véritable agent de cette coagulation. De nos jours, la thrombose semble conquérir les plus vives sympathies.

Une propriété particulière au sang des femmes en couches, dit Braun (1), c'est la facilité à se coaguler, propriété que Vogel a appelée inopexie (ις, ινος, fibrine, πῆξις coagulation). L'intégrité des parois veineuses est constatée depuis longtemps dans les maladies puerpérales; mais comme il est difficile d'expliquer ces coagulations par une cause mécanique, on a cru longtemps à une phlébite primitive. Mais, d'après les recherches de Virchow, on admet une thrombose spontanée par laquelle se produit le caillot, soit sur la paroi des vaisseaux, soit dans toute la masse sanguine contenue dans ces vaisseux ; la coagulation est primitive, la phlébite secondaire; mais toutes les deux doivent être considérées, non comme la cause, mais comme l'expression de la dyscrasie puerpérale. Les caillots se forment à chaque parturition dans les vaisseaux utérins, et empêchent une hémorrhagie mortelle par la thrombose qui se produit.

Si le sang est extravasé et réuni en caillots, il est susceptible de se décomposer; alors d'autres caillots viennent s'agglomérer, s'étendent dans les veines des ligaments larges, dans les veines spermatiques internes, celles du bassin, la veine cave inférieure et celles de la cuisse.

(1) Braun, *Klin. der Geb. med Gyn.* Erlangen, 1852.

Ces thromboses ne suivent pas toujours une marche identique ; elles se produisent quelquefois spontanément (par inopexie) dans les parties éloignées de l'utérus, telles que les veines cérébrales, dans la veine cave supérieure, les tissus de la dure-mère, la jugulaire, d'où il faut conclure à une cause générale et non locale.

Si le sang de la femme en couches est vicié, ou bien si une substance délétère vient à agir sur les ouvertures veineuses béantes, il se produit alors une décomposition rapide dans les thromboses puerpérales, qui provoque la fonte de la tunique interne avec diverses manifestations, c'est-à-dire une phlébite secondaire.

Cette manière de voir est admise par Virchow, Kiwisch, Scanzoni.

MM. Trousseau, dans ses cliniques, et Dumontpallier, à la Société de biologie (1), donnent à l'hypérinose, ou élévation du chiffre de la fibrine dans le sang, la plus grande part dans le développement des thromboses veineuses.

Dans quelques cas, cependant, les concrétions sanguines sont réellement tributaires de la phlébite. Ces faits rentrent tout entiers dans la classe des phlébites traumatiques. Les veines ont été intéressées par des contusions, des plaies, comme celles que produisent d'une manière inévitable les manœuvres obstétricales. Il en est de même, on le conçoit, si la veine traverse une partie enflammée ou un foyer purulent : les parois du vaisseau participent alors à l'inflammation ambiante.

Sous l'influence, donc, des deux causes que nous venons de citer (toutes sous la dépendance de l'état puerpéral), mais surtout de l'inopexie, on voit se former des caillots dans les veines des femmes en couches.

(1) Dumontpallier, *Union médicale*, 1860, 1862.

Le caillot se coagule en se prolongeant, soit dans l'orifice des branches de la veine, soit dans la veine principale : puis ce caillot se ramollit, subit des modifications régressives et tend à se désagréger.

Ce mouvement régressif peut faire disparaître petit à petit tout le caillot, et comme le travail se fait de la périphérie au centre, il en résulte que le courant sanguin peut entourer complétement ce caillot, le détacher et donner lieu à une embolie. Que la veine iliaque externe soit obturée, par exemple, la veine cave inférieure, et la veine hypogastrique étant libres, il est évident que le sang, cherchant à reprendre le chemin vers la veine cave, pourra briser le caillot allongé en saillie et, peut-être, déjà ramolli.

Comme on le voit, la coagulation du sang dans les veines peut produire deux phénomènes nouveaux et sérieux : l'arrêt de la circulation en retour dans les rameaux secondaires, et, ce qui n'est pas moins grave, une embolie.

Dans l'état puerpéral, ces deux accidents seront donc souvent mis en cause.

Occupons-nous d'abord du premier.

CONCRÉTIONS SANGUINES DANS LES VEINES UTÉRINES.

Les concrétions sanguines des veines utérines ne se rencontrent guère que chez les accouchées. Les faits plus particulièrement connus jusqu'à ce jour appartiennent à Chaussier, Schwilgué, Ribes et Husson, en France ; Clarke et Wilson, en Angleterre. C'est principalement à Breschet et à Dance, qui donnèrent, nous l'avons dit plus haut, de la phlébite utérine, un exposé très-fidèle, que l'on doit les premières notions exactes sur ce sujet. M. Cruveilhier (1) a surtout insisté sur l'oblitération fibrineuse des tissus utérins après l'accouchement, oblitération qui serait, pour ce professeur, le point de

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 315.

départ de la *phlegmatia alba dolens*. La plupart des accoucheurs ne voient là qu'un simple fait physiologique (Virchow, R. Lee, Simpson), dont le but est d'empêcher l'hémorrhagie à la surface de l'utérus.

Jusqu'ici, les concrétions utérines sont providentielles. Sous l'influence de conditions spéciales, et surtout du génie épidémique de la fièvre puerpérale, les parois veineuses s'enflamment, du pus se forme, et la résorption purulente survient. Loin de notre pensée, toutefois, de confondre cette étiologie avec celle de la fièvre puerpérale. Le pus qui se forme dans les tissus utérins pendant la fièvre puerpérale est le résultat de l'action de la maladie, qui a modifié l'organisme dans toute sa substance. D'autrefois, la plaie utérine, sans autre principe que celui de l'état puerpéral, et des conditions spéciales de la femme en couches, donne lieu à une suppuration des tissus utérins, et la résorption purulente en est la conséquence obligée.

CONCRÉTIONS SANGUINES DES VEINES RÉNALES.

C'est surtout dans l'état puerpéral qu'on rencontre les concrétions des veines rénales.

M. Cossy a signalé chez une femme récemment accouchée l'oblitération des veines des membres inférieurs et de la veine cave inférieure, jusqu'à 2 centimètres au-dessus des veines rénales. Le caillot de la veine cave qui présentait les caractères des concrétions anciennes se prolongeait dans les veines rénales des deux côtés; on suivait ses ramifications dans leurs principales divisions jusque dans l'intervalle des cônes tubuleux.

M. Gubler a signalé à la Société de biologie la coagulation du sang dans les veines rénales chez des femmes en couches qui avaient succombé à des attaques d'éclampsie. Cohn rapporte des faits analogues. Dans ces cas, il y a presque

toujours en même temps des obstructions de la veine cave inférieure et des veines fémorales elles-mêmes.

L'albuminurie est la conséquence immédiate de l'oblitération des veines rénales.

M. Lorain (1) explique l'albuminurie dans ces cas par une augmentation de la pression du sang.

Paget (2) et Kidd (3) ont voulu chercher dans l'urémie la raison de ces obstructions vasculaires.

Pour M. Bucquoy (4), deux causes sont à invoquer : l'une générale, c'est l'inopexie de l'état puerpéral ; l'autre locale, c'est la maladie rénale elle-même qui peut exister dans ces circonstances, et dont l'action doit déterminer l'obstruction des veines qui émergent de l'organe affecté.

Enfin, pour offrir un tableau aussi complet que possible, il faut citer les exemples de coagulations spontanées de la *veine jugulaire* observées par Mac Clintock à la Maternité de Dublin (5).

PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Cette tuméfaction blanche, et le plus souvent douloureuse des membres inférieurs des femmes en couches, a reçu des noms fort divers.

Suivant la théorie en vigueur, cette affection a été désignée tour à tour sous les noms d'œdème des nouvelles accouchées, œdème douloureux des femmes en couches, dépôts laiteux, crurite, phébite crurale, etc., etc.

Cette maladie paraît avoir été décrite pour la première fois par Mauriceau dans son *Traité des femmes grosses.*

(1) P. Lorain, *De l'albuminurie*, thèse de concours de l'agrégation, Paris, 1860.
(2) J. Paget, *London medico-chirurgical Transactions*. 1844-45.
(3) Kidd, *Dublin quarterly Journal of medical science*, t. II, p. 395.
(4) Bucquoy, *Thèse de concours de l'agrégation*. Paris, 1863.
(5) Mac Clintock, *Dublin quarterly Journal*, 1856.

plus tard Puzos et Levret, dans leurs ouvrages sur les accouchements, en tracent un tableau plus fidèle. Mais il faut l'avouer, ce ne fut que vers la fin du siècle dernier que White publia ses recherches importantes, complétées ensuite par Davis, Lee, Fox, Velpeau, Bourdon, Bouchut, Virchow, Trousseau, Ball, Charcot, etc., etc.

Anatomie pathologique. — On trouve le sang coagulé dans les veines principales des membres inférieurs sous trois aspects : ou bien il est noirâtre, d'autres fois il est blanc mat, fibrineux, enfin il peut être aréolaire. Dans le premier cas le caillot est formé de sang coagulé et indemne de tout travail pathologique ultérieur. Dans le second, le caillot s'est modifié et l'examen microscopique permet d'y constater de la fibrine mêlée à de la matière amorphe, des globules graisseux, des globules blancs (M. Charcot) et des fibres-cellules en voie de formation. Ces fibres-cellules peuvent se disposer en lamelles, se rencontrer sous des angles divers.

De là résultent deux dispositions qui se devinent et qu'on a établies d'après l'observation nécroscopique : ou bien le caillot fibrineux mêlé de tissu conjonctif, oblitère complétement le vaisseau, ou bien, au contraire, par sa disposition aréolaire, analogue au tissu des corps caverneux, il peut permettre le rétablissement incomplet de la circulation sanguine. Dans le premier cas le bouchon obturateur est composé par de la fibrine organisée. Dans le second la fibrine s'est désagrégée, est devenue granuleuse, d'apparence purulente, et comme elle est cloisonnée tout à la fois, il en résulte des sortes de foyers purulents dont les véritables éléments constituants sont des leucocytes mêlés à des granulations fibrineuses. Tout le monde sait aujourd'hui que la suppuration de la phlegmatia alba dolens est excessivement rare.

Il est facile de comprendre dès lors comment ces caillots, dont le ramollissement peut être fort irrégulier, peuvent permettre une séparation d'une de leurs parties constituantes et donner naissance à ces blocs erratiques, à ces embolies, que les études de Virchow, Charcot, Ball, Dumontpallier, etc., etc., et d'autres finirent par faire accepter au corps médical français.

Au niveau du caillot la tunique interne des veines présente sa couleur, son poli et sa consistance nomale. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que sa surface est rugueuse, hérissée de fausses membranes, à l'aide desquelles l'adhérence s'effectue. Il y aurait dans ce dernier cas une phlébite adhésive; mais d'après la doctrine de l'école allemande, elle serait consécutive à la formation du caillot qui agirait comme un corps étranger, comme une épine inflammatoire.

Dans des cas rares, chez les femmes qui succombent à la maladie par suite de complications graves, on trouve des collections purulentes disséminées dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les couches musculaires. Mais, j'ai hâte de le répéter, la phlegmatia alba dolens n'est point une phlébite suppurée.

Quelle est sa nature ?

Nature. — Les opinions les plus diverses ont régné sur cette question. Les dépôts laiteux une fois oubliés, elle fut regardée comme une inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques (Moore, Hufeland, Velpeau).

Ou comme une phlébite (Davis, Lee, Blandin),

Une phlébite et angioleucite (Graves, Andral),

Une névrite même (Albert, Dugès),

Une inflammation du tissu cellulaire (Duncan).

M. Velpeau l'a même regardée comme symptomatique d'une maladie des articulations pelviennes. Mais depuis les travaux de Robert Lee la doctrine de la phlébite était uni-

versellement acceptée, quoique combattue en 1844 par M. Bouchut (1). Aujourd'hui plus riche de faits, la science ne semble plus susceptible d'hésitation. L'anatomie pathologique ne confirme pas l'idée de la phlébite. Ce qui le prouve, dit M. Grisolle (2), c'est la terminaison constamment heureuse de la phlegmatia lorsqu'elle est simple. Or comment supposer qu'une phlébite, surtout puerpérale peut toujours, atteindre une solution aussi heureuse lorsqu'elle frappe les veines des membres, tandis que nous la voyons amener un issue presque constamment fatale, quand elle envahit les veines de l'excavation pelvienne. Cette opinion est généralement adoptée aujourd'hui, à savoir : l'oblitération veineuse par des caillots coagulés, sans phlegmasie première des parois vasculaires.

La place que nous avons réservée à la phlegmatia alba dolens dans cette étude est une preuve que nous partageons pleinement cette théorie, qui d'ailleurs rentre si bien dans l'idée philosophique de l'état puerpéral, tel que nous l'avons envisagé, et tel que nous nous efforçons de l'exposer dans les diverses parties de ce travail. Pour nous résumer, disons que c'est la crase du sang, c'est l'inopexie qui domine toute la phlegmatia alba dolens,

Symptômes. — La maladie survient rarement avant le cinquième jour des couches, ou après le vingt et unième ; elle se déclare le plus communément du dixième au quinzième jour.

Elle peut débuter par des frissons plus ou moins violents, plus ou moins répétés, ou bien par la douleur locale. Le plus souvent c'est d'une manière soudaine que se montre l'œdème douloureux ; les malades, sans cause appréciable,

(1) *Gazette médicale*, 1844.
(2) *Pathologie interne*, 1865.

accusent de la douleur dans un membre en même temps que la tuméfaction œdémateuse.

La douleur variable dans la forme suit toujours le trajet des vaisseaux cruraux : elle peut être limitée et fixée soit dans le ventre, soit au pli de l'aine, à l'espace poplité ou au mollet. Cette douleur est exaspérée par la pression et par les mouvements qu'elle rend souvent impossibles. Jamais les deux membres inférieurs ne sont affectés simultanément, c'est-à-dire le même jour ; ils peuvent l'être ensemble, mais l'un deux a toujours été pris avant l'autre.

La jambe gauche est beaucoup plus souvent atteinte que la jambe droite, sans qu'on puisse se rendre compte de la cause de cette différence.

Les anatomistes ont remarqué que la veine iliaque primitive gauche était coupée presque transversalement par l'artère iliaque du côté droit, et ils ont vu dans cette compression de la veine iliaque gauche la cause déterminante de la plus grande fréquence de la phlegmatia de ce côté.

Les accoucheurs ont pensé que la présentation occipito-iliaque gauche étant la plus fréquente, il fallait peut-être attribuer à la pression de la tête pendant le travail sur les vaisseaux iliaques gauche, la plus grande fréquence de la phlegmatia de ce côté.

Mais on peut objecter que ces particularités anatomiques existent chez presque toutes les femmes, et cependant la phlegmatia n'est pas une complication nécessaire.

Dans l'*Union médicale* de 1847 on trouve un cas de phlegmatia de la jambe et du bras gauches.

Le gonflement est un symptôme constant de la maladie. White prétendait qu'il marchait de haut en bas dans tous les cas. Gardien et d'autres observateurs ne sont point aussi absolus. M. le professeur Trousseau déclare qu'il n'a jamais observé semblable marche ; au contraire, il a toujours vu

l'œdème partiel commencer par les extrémités et les parties déclives pour gagner ensuite la racine du membre affecté.

Ce gonflement est ordinairement considérable et quelquefois on a vu le membre doubler de volume. Alors la partie malade est tendue, la peau qui la recouvre est blanche lisse, et l'on a de la peine à imprimer dans les tissus le doigt qui les presse, ou même on ne peut y parvenir.

Sur la couleur d'un blanc mat que présente la peau, on voit quelquefois des bandes rougeâtres le long des vaisseaux ou bien de taches rouges.

Valleix, Graves reconnaissent que la chaleur de la peau est le plus souvent augmentée dans les points occupés par l'œdème. Ce symptôme s'observerait surtout dans les cas où celui-ci s'est développé rapidement, où il est très-douloureux, et où les lésions inflammatoires sont multipliées.

Selon M. Trousseau (1) il n'y aurait aucune modification de la température, ni en plus, ni en moins, et cet éminent professeur s'appuie sur ce fait pour exclure toute idée de gangrène ou d'une phlegmasie du tissu cellulaire. D'après M. le professeur Monneret la température de la peau serait plutôt abaissée.

Quelquefois la sensibilité cutanée est obtuse sur toute la longueur du membre ; d'autres fois, au contraire, le toucher, le frottement le plus léger déterminent de grandes souffrances. La douleur, l'engourdissement sont souvent accompagnés de l'impossibilité d'exécuter le moindre mouvement volontaire ; ainsi les malades ne peuvent étendre ni fléchir les orteils, remuer la jambe ou la cuisse ; et si quelquefois il existe des douleurs articulaires qui rendent compte de cette immobilité des membres, dans d'autres cas la pression ne détermine aucune douleur arthritique ; tout mouvement est impossible comme dans une paralysie musculaire.

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 439.

Pour Graves, cette impuissance musculaire résulte d'une impression anomale exercée par le froid sur les ramifications ultimes des nerfs sensitifs; cette impression, transmise par les cordons nerveux jusqu'à la moelle épinière, retentit par un trajet réfléchi sur les nerfs musculaires du membre.

Déjà Levret, Gardien et plusieurs autres avaient constaté l'existence d'un cordon dur, noueux, douloureux, le long du trajet des vaisseaux cruraux. Ce cordon est un indice évident de la coagulation du sang dans la veine. Dans quelques cas, et Lugol (1) en a cité un exemple remarquable, presque toutes les veines d'un des membres inférieurs deviennent ainsi dures et noueuses dans une grande étendue. Les points principaux où la palpation révèle la présence de ces cordons durs sont le pli de l'aine, le creux poplité et le mollet.

Les femmes éprouvent de la soif, de l'anorexie, une réaction fébrile plus ou moins intense avec des sueurs abondantes et des urines rares. Enfin les seins s'affaissent, et les lochies diminuent d'abondance ou même se suppriment tout à fait.

Marche, durée. — La marche de la *phlegmatia alba dolens* est continue. Celle des premiers symptômes est rapide, mais il n'en est pas de même pour les symptômes de l'oblitération veineuse.

La durée ne saurait donc être indiquée d'une manière précise. On a vu la maladie se dissiper en vingt ou trente jours ou durer plusieurs mois.

La terminaison par résolution est la plus fréquente. Les symptômes généraux se calmant graduellement, la maladie devient locale; après cinq ou six semaines, le gonflement diminue, la sensibilité disparaît, l'état général s'améliore, et peu à peu la femme reprend l'usage de ses membres.

Quelquefois cependant ce n'est que longtemps après le début de l'affection que disparaît toute trace de lésion mus-

(1) *Journal des progrès*, t. XIV.

culaire. D'autres fois, les membres affectés restent œdémateux. Cet œdème persistant est dû à une oblitération des veines primitivement envahies par le travail de coagulation. Cette persistance peut durer plusieurs années. La circulation collatérale est incomplète et le tissu cellulaire est épaissi plutôt qu'œdémateux.

La suppuration peut avoir lieu ; de vastes suppurations peuvent dénuder largement les muscles et la peau du membre. Le docteur Solgues, dont l'observation a été citée par Duplay, a noté l'apparition de phlyctènes qui, en se rompant, laissaient voir le derme sphacélé.

La *phlegmatia alba dolens* a quelquefois une issue funeste, moins par elle-même que par des complications qui surviennent, telles que l'inflammation des symphyses pubiennes et sacro-iliaques, la péritonite.

La mort peut survenir subitement.

Cette mort subite est un des accidents les plus terribles de la période d'état de la *phlegmatia alba dolens* des femmes en couches.

Dans son excellente monographie, Dronsart cite le fait de M. le professeur Cruveilhier (1), qui a vu subitement mourir une femme atteinte de cette maladie après un long et violent accès de dyspnée.

Enfin, à l'article Pronostic, Dronsart s'exprime en ces termes : « Plus d'une fois on a vu mourir des malades qui, deux jours avant, ne donnaient pas d'inquiétude sérieuse(2). »

Des faits semblables ont été publiés par M. Bouchut (3) et par MM. Moynier et Dehous, dans leurs mémoires sur les morts subites.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologie*, 27e livraison.

(2) Dronsart, *Monographie de la phlegmatia alba dolens*, 1846.

(3) Bouchut, *Mémoire sur la phlegmatia alba dolens* (*Gazette médicale de Paris*, 1844).

Mais c'est à Virchow que revient le mérite d'avoir, le premier, donné la véritable explication de ces accidents en fondant la doctrine de l'embolie pulmonaire.

Dans le premier cas de mort par embolie pulmonaire, qui ait été signalé en France par MM. Charcot et Ball (1), il s'agissait d'une femme affectée de *phlegmatia alba dolens.*

On trouve deux observations analogues suivies d'autopsie dans un travail de Klinger (2) et dans l'analyse que M. le docteur Strohl (3) a donnée d'un autre travail publié par Hecker sur l'oblitération de l'artère pulmonaire comme cause de mort subite après l'accouchement (4). Enfin MM. Trousseau et Dumontpallier ont publié un fait du même genre (5).

La démonstration anatomique du mécanisme de l'embolie de l'artère réside dans la présence des caillots anciens, simultanément constatés dans l'artère pulmonaire et dans les veines crurales.

Le transport est la conséquence d'une disposition spéciale du caillot obturateur des veines périphériques. Le caillot, comme Virchow le remarque, n'arrive pas seulement jusqu'à l'embouchure de la branche veineuse dans un tronc plus considérable, mais il s'étend ordinairement au delà de cette embouchure dans le tronc principal que le courant sanguin n'a cessé de parcourir ; de sorte que le prolongement du caillot, dont la continuelle augmentation de volume par des couches nouvelles et successives, se trouve être en saillie au milieu du courant sanguin et par cela même possède une grande tendance à être détaché du caillot principal et à pro-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1858.
(2) *Archiv fur physiol. Heilkunde*, 1856.
(3) Strohl, *Union médicale*, 1855, p. 620.
(4) Hecker, *Deustche Klinik*, 1855, n. 36, et *Union médicale*, 1855, p. 620.
(5) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III.

duire des accidents subits. C'est, du reste, d'une manière soudaine et après un effort ou des mouvements de toute nature, qu'éclatent les symptômes les plus effrayants et que survient la mort subite.

Étiologie. — La *phlegmatia alba dolens* est une maladie rare ; White, Hull, Thomas, M. Velpeau, s'accordent sur ce point. M. Grisolle n'en observe qu'un seul exemple sur plus de 500 femmes qui, en 1835, accouchèrent à l'Hôtel-Dieu ou qui, accouchées en ville, furent apportées peu après dans les salles, au service desquelles il était alors attaché.

Cette maladie peut arriver à la suite de la première couche mais elle est beaucoup plus fréquente chez les multipares.

Elle peut suivre l'extraction du placenta, comme dans le cas de Chatts (1).

Les femmes qui en ont souffert une fois sont très-aptes à en avoir une légère atteinte après un accouchement suivant, sans qu'il y ait retour des causes qui l'avaient occasionnée une première fois. Churchill a eu des malades chez lesquelles ces faits se sont reproduits plusieurs fois, mais chaque fois de plus en plus faiblement (2).

Mais ce n'est pas nécessairement et exclusivement une maladie « post partum. »

L'auteur le plus ancien qui mentionne cette maladie comme précédant l'accouchement, est Puzos, qui cite deux femmes enceintes, l'une de quatre mois et l'autre de sept, chez qui elle se produisit.

Cette affection survient surtout après l'impression du froid ; aussi paraît-elle être plus fréquente dans les pays froids, humides et pendant l'hiver.

Pendant longtemps la *phlegmatia alba dolens* a été regardée comme l'effet de la suppression des lochies et du lait,

(1) Chatts, *Medical Gazette*, 14 septembre 1839.

(2) Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, Paris, 1866.

mais ces opinions sont aujourd'hui entièrement discréditées; rien, en effet, ne démontre qu'elles soient fondées.

On a conseillé contre cette affection la position horizontale et même un peu élevée du membre. Un bandage roulé et serré modérément, puis des bains et des calmants contre l'élément douleur. Le reste comporte des indications générales, fournies par l'état puerpéral lui-même.

THROMBOSE ET EMBOLIE PULMONAIRE.

Les thromboses de l'artère pulmonaire sont fréquentes dans l'état puerpéral.

Avant les travaux de Virchow, tous les caillots trouvés dans ces vaisseaux, et dont les caractères pouvaient faire supposer qu'ils n'étaient pas dus à une coagulation *post mortem*, étaient regardés comme formés sur place et étaient attribués à l'artérite.

Virchow, en signalant la fréquence des embolies de l'artère pulmonaire, a été conduit à admettre que la thrombose proprement dite de l'artère pulmonaire n'existait pas et qu'elle reconnaissait toujours pour point de départ un caillot migrateur dont l'origine paraît être retrouvée sur un point du système veineux.

Ce sont les veines des membres inférieurs qui sont le plus souvent atteintes et le plus souvent le point de départ des caillots migratoires qui vont à l'artère pulmonaire.

Un certain nombre de faits rapportés par divers auteurs sont des exemples authentiques d'embolie de l'artère pulmonaire dans l'état puerpéral.

Tantôt le caillot migrateur a eu pour point de départ une obstruction de la veine crurale chez des femmes atteintes de *phlegmatia alba dolens*; comme dans les faits publiés par

MM. Charcot et Ball (1), par MM. Trousseau et Dumontpallier (2), par M. Klinger (3), par M. Strohl (4) et par M. Cruveilhier (5).

D'autrefois c'est la veine hypogastrique obturée qui a été l'origine de l'embolie, comme dans le fait de Hecker (6), ou ce sont les veines utérines elle-mêmes, comme le prouve une autre observation du même auteur.

Tous ces faits démontrent donc que, dans l'état puerpéral, l'oblitération de l'artère pulmonaire peut résulter d'un caillot développé sur un point quelconque du système veineux.

Mais il faut admettre aussi que chez les femmes en couches, des coagulations autochthones peuvent se former dans l'artère pulmonaire. M. Simpson (7) rapporte deux faits dans lesquels la mort survint subitement après l'accouchement et où, à l'autopsie, on trouva l'artère pulmonaire oblitérée sans qu'il existât aucun caillot dans les veines périphériques examinées avec soin.

La disposition des caillots migratoires varie beaucoup; tantôt enclavée dans une des ramifications de l'artère pulmonaire, quelquefois oblitérant des bifurcations primitives. Dans certains cas s'arrêtant à des ramifications du 2e au 3e ordre; enfin pouvant se fixer dans les dernières ramifications de l'artère pulmonaire et constituer des embolies capillaires. Ordinairement ces blocs erratiques se placent au beau milieu de la bifurcation artérielle. C'est une masse qui contraste avec le caillot noir du coagulum récent déposé en avant et en arrière du fragment embolique.

(1) *Gazette médicale*, 1858.
(2) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1858.
(3) *Archiv für physiol. Heilkunde*, 1855.
(4) *Union médicale*, 1855.
(5) *Anatomie pathologique*, t. I.
(6) *Deustche Klinik*, 1855, et *Union médicale*, 1855, p. 620.
(7) *Obstetric. Memoirs and Contribution*, t. II, p. 34.

Il n'est point adhérent et il est possible quelquefois d'adapter une de ses faces au caillot autochthone périphérique qui lui a donné naissance.

Trop souvent les caractères sont moins évidents, et il faut s'aider alors de la forme irrégulière, de la couleur blanchâtre, de l'absence d'adhérence, de la texture irrégulière des embolies, opposées à la couleur rouge noirâtre, la forme bien identique de celle du vaisseau sur laquelle elle s'est moulée, la texture stratifiée de caillots autochthones.

Au lieu d'occuper les ramifications importantes de l'artère pulmonaire, les embolies peuvent-se fixer dans les vaisseaux capillaires.

Ils ressemblent aux noyaux anciens d'apoplexie pulmonaire quand les matières colorantes du sang ont été résorbées, puis ils deviennent blancs, fermes, compactes et finissent par subir la transformation régressive; ils deviennent alors brun verdâtre ou puriformes. Le poumon semble alors criblé de petits abcès purulents.

La mort est toujours la terminaison.

Il est presque impossible de distinguer pendant la vie les caillots migrateurs des obstructions autochthones de l'artère pulmonaire. Les lésions anatomiques, en effet, sont presque identiques; la différence ne tient qu'à l'origine et au mode de formation de l'obstacle qui, dans les deux cas, produit des accidents semblables. On pourrait se fonder sur la persistance d'un œdème douloureux des membres inférieurs, sur l'invasion soudaine des accès de suffocation ; mais il faut se rappeler les idées ingénieuses de Paget : « Les coagulations pulmonaires, dit-il, peuvent exister longtemps sans révéler leur présence par des signes bien manifestes ; l'obstruction n'étant jamais complète, le sang continue à se frayer un passage ; la circulation générale étant un peu re-

tardée, la circulation pulmonaire un peu accélérée, l'équilibre se maintient ; mais lorsque la malade vient à faire un effort, lorsque la quantité de sang oxygéné qui circule dans les vaisseaux se trouve tout à coup insuffisante pour stimuler le cœur, une syncope mortelle en est la conséquence. »

Quelques observations rapportées par Smith, par M. Prestat (1), et par M. Gosselin (2), semblent démontrer que l'obstruction des veines pulmonaires détermine tous les symptômes de l'embolie artérielle des poumons.

C'est ordinairement d'une manière soudaine et après un mouvement ou un effort qu'éclatent les symptômes les plus graves et que survient quelquefois la mort subite.

Le phénomène capital est un besoin d'air qui se traduit par une anxiété inexprimable.

Les battements du cœur sont profondément troublés, leur tumulte est extrême, le pouls quelquefois presque insensible. Souvent la pâleur est grande, quelquefois il y a au contraire de la cyanose des extrémités et de la face.

Au milieu de tous ces symptômes si graves, le système nerveux reste sans troubles fonctionnels.

La marche et la durée des accidents sont très-variables ; souvent la mort est subite, d'autres fois elle ne se produit qu'au bout d'un certain nombre d'heures. Quelquefois la vie se prolonge, et avec la dyspnée on peut voir survenir des accidents particuliers liés aux altérations consécutives du poumon. MM. Trousseau et Dumontpallier (3) ont publié un fait dans lequel on a vu survenir une gangrène pulmonaire.

Quand il s'agit d'une obstruction des capillaires, les sym-

(1) Hardy, Thèse de concours.
(2) Moynier, *Des morts subites*.
(3) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1858.

ptômes sont très-insuffisants. De la toux et, quelquefois, des bouffées de râles localisées par petits départements. Mais le plus souvent la plus grande obscurité entoure ce diagnostic délicat. Quoique Virchow croie d'une manière générale que l'embolie peut, dans des cas excessivement rares, ne pas se terminer par la mort, on comprend que c'est là une très-grande exception.

Le traitement consiste à ne pas nuire par l'application de sangsues qui exagéreraient l'inopexie et la faiblesse.

COEUR.

Dans des observations de Dionis (1), de Keith (2) et de Havers (3), on a vu la mort venir subitement chez des femmes récemment accouchées dont le cœur droit et l'artère pulmonaire étaient obstrués par des caillots décolorés.

Les concrétions fibrineuses du cœur ont généralement une symptomatologie assez nettement accusée ; la formation du dépôt s'opère lentement et la marche des accidents participe de cette lenteur ; deux ou trois jours d'anxiété précordiale préparent l'invasion des phénomènes ; le pouls devient faible, irrégulier, insensible, longtemps avant le début des accès de suffocation qui déterminent la mort. Cependant souvent les concrétions cardiaques manifestent aussi brusquement leur présence que les embolies pulmonaires elles-mêmes.

MORTS SUBITES.

La mort peut survenir subitement dans l'état puerpéral par suite d'une hémorrhagie abondante, qu'elle ait pour

(1) *Dissertation sur les morts subites.*
(2) *Union médicale*, 1853.
(3) *Medical Times and Gazette*, 1852.

siége l'utérus ou les veines variqueuses de la vulve et du vagin ; par suite de la rupture ou du renversement de l'utérus ou de la rupture du vagin.

La grossesse peut être compliquée de lésions organiques du cœur et des poumons, qui amènent la mort rapidement, de même que certaines altérations du système nerveux.

Mais en dehors de ces circonstances, on voit assez fréquemment la mort survenir chez les femmes récemment accouchées.

Dans ces faits, l'examen cadavérique n'avait permis de rien constater qui pût expliquer la mort, et l'on avait émis diverses hypothèses (1).

La présence de l'air dans le système circulatoire a été considérée comme la cause de la mort dans un certain nombre de cas.

Comment les gaz introduits dans l'économie agissent-ils ?

Quelle est l'origine de l'air dans le système circulatoire et quel est le mécanisme de son introduction ?

L'air se développe-t-il spontanément dans le sang ?

L'air pénètre-t-il pas les sinus utérins ?

L'air pénètre-t-il dans les veines par suite de l'emphysème pulmonaire ?

Telles sont les questions qui ont été soulevées et diversement résolues par les auteurs.

Mais, ainsi que le fait remarquer M. Mac Clintock, avant de regarder la simple présence de l'air dans le cœur et dans la veine cave comme la preuve de la pénétration de l'air dans les sinus utérins et comme la cause de la mort, il faudrait d'abord savoir si l'air ne peut pas être ren-

(1) Achille Dehoux, *Morts subites pendant la grossesse et l'accouchement et l'état puerpéral.* Bruges, 1859.

Moynier, *Morts subites.* Paris, 1858.

contré dans ces mêmes points sans qu'on puisse lui rapporter la mort du sujet. Or, M. Henry Kennedy a trouvé, dans plusieurs autopsies, de l'air dans le cœur et dans les veines caves, sans qu'on ait pu établir de connexité entre ce phénomène et la production de la mort.

D'un autre côté, M. Devergie a noté le développement du gaz dans les artères et dans les veines, comme un produit de putréfaction commençante.

On peut donc conclure que, par elle-même, la présence de l'air dans le cœur d'une femme morte subitement dans l'état puerpéral ne saurait être considérée comme preuve suffisante de la pénétration de l'air dans les veines.

La syncope est la cause qui a été le plus fréquemment invoquée dans le cours de l'état puerpéral.

On trouve en effet, après l'accouchement, toutes les conditions prédisposant à la syncope : la déplétion subite d'une vaste cavité, une perte de sang, et souvent des émotions morales.

La syncope ne survient pas toujours par le fait d'une hémorrhagie. L'accoucheur, dit M. Cazeaux, doit savoir que les syncopes qui surviennent après l'accouchement ne sont pas toujours le résultat d'une perte. Assez souvent on en observe à la suite d'accouchements très-prompts sans accident de cette nature.

La matrice étant désemplie subitement, les vaisseaux hypogastriques cessent tout à coup d'être comprimés ; la circulation y devient libre et facile, et la rapidité avec laquelle le sang abandonne la tête et les extrémités supérieures pour se porter dans les vaisseaux du bas-ventre, détermine souvent des syncopes.

Dans la chlorose, dit M. Dehoux, les syncopes sont fréquentes sous l'influence de la plus légère fatigue, de la moindre émotion ; quelquefois sans cause connue, cet acci-

dent se manifeste. Or, il existe, chez les femmes enceintes, une chloro-anémie.

Mais, depuis les travaux de Virchow sur l'obstruction des vaisseaux pulmonaires, la question des morts subites dans l'état puerpéral a complétement changé de face. Dans un certain nombre de cas, on avait déjà constaté, soit l'existence de caillots dans le cœur, comme dans un fait rapporté par Keith (1), soit la présence de coagulations dans l'artère pulmonaire ou les veines pulmonaires, comme dans les faits de Havers (2) et de Hecker (3), coïncidant avec la présence de caillots dans l'artère crurale ou dans la veine hypogastrique. Mais on n'avait pas saisi le lien qui unissait ces deux lésions, en les rattachant soit à une même cause générale (inopexie), soit, comme Virchow l'a fait, à la présence de caillots de l'artère pulmonaire provenant du transport d'une portion du caillot contenu dans les vaisseaux périphériques.

Depuis la connaissance des effets produits par l'embolie de l'artère pulmonaire, on regarde généralement la mort subite de l'état puerpéral comme la conséquence d'une obstruction des vaisseaux pulmonaires par un caillot. La mort subite est, en effet, la conséquence fréquente de l'embolie pulmonaire.

De plus, les symptômes observés pendant la vie, lorsqu'elle se prolonge, sont ceux de l'obstruction de l'artère pulmonaire, et non pas ceux de la syncope.

Presque toutes les femmes se plaignent d'étouffer ; elles ont besoin d'air ; elles sont en proie à une anxiété extrême ; tous phénomènes que nous avons indiqués à propos des obstructions des vaisseaux pulmonaires.

(1) *Union médicale*, 1853.
(2) *Medical Times and Gazette*, 1852.
(3) *Union médicale*, 1855.

D'ailleurs, la syncope, dont on ne retrouve pas les symptômes, est rarement mortelle.

La mort survient presque toujours à l'occasion d'un mouvement ou d'un effort ; toutes conditions qui facilitent le déplacement d'un caillot dans le système veineux.

Cet accident est surtout à redouter chez les femmes atteintes de *phlegmatia alba dolens*.

Nous croyons que la mort subite qui survient chez la femme récemment accouchée et qui n'est pas la conséquence d'une hémorrhagie ou d'une complication, doit être attribuée à une obstruction des vaisseaux pulmonaires, plus fréquemment à celle de l'artère pulmonaire, par embolie ou par trombose.

ENDOCARDITE ULCÉREUSE.

Il est une affection cardiaque grave, accompagnée des symptômes habituels de l'infection purulente, qu'on observe plus particulièrement dans l'état puerpéral je fais allusion à l'*endocardite ulcéreuse*, dont les travaux de Kisker, Ecker, Rokitansky, Bamberger, Virchow, Thurnam, Friedreich, Hérard, Trousseau, Charcot et Vulpian, Chalvet, nous ont fait connaître les particularités les plus saisissantes (1).

Quoiqu'elle puisse se manifester chez les rhumatisants, les

(1) Rokitansky, *Pathologische Anatomie*. Wien, 1856, t. I, p. 382, t. II, p. 273.

Ecker, *Ueber Aneurismat. Ausdehnungen des Herzkalppen. Mediz. Annalen*, 1842. Heidelberg.

Thurnam, *Medico-chirurg. Transactions*, t. XXI. London, 1858, p. 250.

Virchow, *Cellular Pathologie*. Berlin, 1858, trad. franç. par Paul Picard, 2e édition, 1866.

Freidreich, *Die Krankh. des Herzens*. in *Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Erlangen, 1861.

Bamberger, *Lehrbuch der Krankheiten Herzens*. Wien, 1857, p. 164.

Beckmann, Virchow's *Archiv für patholog. Anatomie*, 1860.

Kirkes, *Des effets principaux qui résultent du détachement de concrétion*.

individus débilités, cachexiés, il est bon de noter ce fait important : à savoir, qu'elle se rencontre plus particulièrement dans l'état puerpéral (Virchow, Simpson). MM. Charcot et Vulpian l'ont vu naître et se développer chez une femme grosse, arrivée au huitième mois de la gestation.

Le caractère principal de cette affection, ce sont les ulcérations qui se trouvent particulièrement dans les cavités gauches du cœur, ordinairement sur les valvules : elles sont le résultat d'une fonte, d'une désagrégation de la membrane endocarde. Voici, d'après Virchow, comment s'accomplit ce travail morbide : les cellules plasmatiques et le tissu cellulaire intermédiaire de l'endocarde paraissent infiltrés d'un produit d'exsudation; ils se distendent, se tuméfient, puis ils se ramollissent, se dissocient, et se résolvent enfin en un détritus de consistance pultacée qui, sous le microscope, paraît opaque, finement grenu, résiste à peu près absolument à l'action de réactifs énergiques, acides minéraux et solutions alcalines concentrées.

Cette sorte de destruction moléculaire réduit, en définitive, le tissu affecté en parcelles ténues, qui sont entraînées successivement par le courant sanguin. Il se produit aussi

fibreuses développées dans le cœur et de leur mélange avec le sang. Edinburgh medical and surgical Journal, 1853, et *Archives de médecine*, 1853, t. I, p. 305.

Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*

Charcot et Vulpian, *Note sur l'endocardite ulcéreuse aiguë de forme typhoïde* (*Gazette médicale de Paris*, 1862, p. 387, 428).

Lanceraux, Recherches cliniques et anatomico-pathologiques pour servir à l'*histoire de l'Endocardite suppurée et de l'Endocardite ulcéreuse*. (*Mémoires de la Société de biologie*. et *Gazette médicale*, 1862, p. 644, 659, 692.

Chalvet, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1861.

Virchow, *Études sur les maladies puerpérales qui ont régné à la Charité de Berlin*, 1856-1858. — *Pathologie cellulaire*, traduction française de Paul Picard. Paris, 1866.

Voyez aussi Valleix, *Guide du médecin praticien*, 5e édition par Lorain. Paris, 1866, t. III; p. 26, addition de Ch. Fernet.

des pertes de substance dont le siége, la forme et l'étendue tant en largeur qu'en profondeur, varient et, par suite des lésions de canalisation plus ou moins graves presque toujours irréparables, tantôt l'ulcération étant périphérique, les valvules se détachent par leurs bords adhérents et deviennent flottantes, ou elles se raccourcissent par le fait de l'érosion qu'a subie le bord libre ; tantôt, si l'ulcération est au contraire centrale, elles se perforent ou seulement s'amincissent et, dans ce dernier cas, elles peuvent devenir le point de départ de ces productions morbides singulières que Thurnam, Ecker et Rokitansky ont étudiées sous le nom d'anévrysmes des valvules. La partie de l'endocarde ulcérée par le mécanisme indiqué peut, d'ailleurs, se revêtir de végétations et de concrétions fibrineuses. Ce travail aigu d'ulcération peut être primitif ou, au contraire, se développer sur des valvules qui étaient préalablement atteintes d'inflammation aigue ou chronique.

Après ces lésions cardiaques, coexistent habituellement des foyers morbides disséminés dans divers points de l'organisme.

Ce sont, le plus communément, des infarctus des reins, de la rate, du foie, rarement des véritables abcès ; certaines formes de ramollissement cérébral, certaines ophthalmies à évolution rapide (Virchow), des gangrènes circonscrites ou diffuses : des plaques ecchymotiques, enfin, occupant toute l'épaisseur de la peau, des membranes séreuses ou muqueuses et pouvant siéger dans la profondeur des viscères. On est porté aujourd'hui à admettre que ces lesions ont été produites par de petites portions détachées de la surface de l'ulcération, qui sont venues se fixer dans les vaisseaux capillaires (embolie capillaire). Il est de fait que, plusieurs fois, on a rencontré, au centre des infarctus ou des plaques ecchymotiques, des artérioles distendues et oblitérées par des amas de matières amorphes, finement grenus, résistant

à l'action des acides et des bases énergiques comme le détritus de l'ulcération de l'endocarde (Virchow, Chalvet).

Mais ce qui distingue plus particulièrement l'endocardite ulcéreuse, à forme typhoïde, c'est précisément l'ensemble des symptômes graves qui se manifestent pendant le cours de cette affection, dans le temps même où s'opère la destruction de la membrane interne du cœur. A ce nouveau point de vue, il y a lieu d'établir deux catégories de faits : dans la première rentrent les faits vraisemblablement les plus nombreux, où prédominent les symptômes ataxo-dynamiques : le malade est en proie à des frissons erratiques, à une grande prostration des forces ; il est tourmenté par du subdelirium ou même du délire. D'autrefois, il tombe dans la somnolence, sa langue se sèche, son ventre est ballonné, météorisé ; enfin, la diarrhée et le catarrhe bronchique viennent s'ajouter à ce cortége de symptômes déjà, par lui-même, assez frappant. Comme on le voit, le typhus ou la fièvre typhoïde présentent la plus grande ressemblance avec cet état ataxo-adynamique.

Les faits de la seconde catégorie rappellent plutôt l'infection purulente : on y observe de violents accès de frissons, qui s'ajoutent aux symptômes ataxo-adynamiques. Dans ces deux catégories de faits, on a pu voir survenir un ictère plus ou moins prononcé. Il est à peine douteux que certains faits de cette nature ont dû être rattachés à l'ictère grave, tandis que, en réalité, ils appartiennent à l'endocardite ulcéreuse aiguë. Il semble, en tout cas, évident que les phénomènes typhoïdes qui se produisent après l'affection de l'endocarde doivent être mis sur le compte d'une sorte d'intoxication spéciale due aux parcelles moléculaires qui se détachent de la surface de l'endocarde ulcérée. Les symptômes locaux sont ceux de l'endocardite valvulaire aiguë avec cette différence que le travail morbide peut être suivi par l'observateur, en

raison même de la marche essentiellement aiguë et rapide. MM. Charcot et Vulpian (1), à qui nous empruntons cette note, ont pu constater cette évolution morbide chez une femme malade à l'hôpital de la Pitié et parvenue au huitième mois de sa grossesse. Les signes d'une insuffisance aortique se sont progressivement développés dans l'espace de huit jours à peine.

Dans l'épidémie de 1856 et 1858, Virchow a observé, qu'au milieu des lésions propres à la fièvre puerpérale, qui sévissait avec une grande malignité, on pouvait très-souvent rencontrer des lésions valvulaires du cœur. Ces lésions étaient des ulcérations développées, surtout sur la valvule centrale, et amenant, comme nous l'avons dit, des obstructions et des foyers purulents (embolie capillaire formée par des débris valvulaires). Dans un cas, même, la mort a été en quelque sorte foudroyante. Un ramollissement du cœur en fut la cause : d'où la nécessité d'examiner le cœur avec le plus grand soin. Enfin, l'examen du sang a été pratiqué par M. Chalvet dans des cas identiques, et il lui a été donné de constater que ce liquide renfermait des produits tout à fait analogues à ceux constatés sur la valvule malade et dans les vaisseaux obturés. Ainsi que cela s'observe dans les septicémies, le sang était partout visqueux, presque filant et composé de granulations moléculaires, de globules granuleux, de graisse et de filaments de fibre du tissu conjonctif.

Il résulte donc de cette étude que, si nous avions encore besoin de nouveaux arguments en faveur de notre interprétation de l'état puerpéral, nous les puiserions dans l'étude toute contemporaine de l'endocardite ulcéreuse. Cette affection paraît se développer sous l'influence de l'état général dans lequel se trouve placée la femme en couches, aussi bien

(1) Charcot et Vulpian, *Gazette médicale de Paris*, 1862.

avant la parturition qu'après le travail, c'est-à-dire sous l'influence des altérations profondes de son économie, produites successivement par l'état puerpéral.

ÉRUPTIONS CHEZ LES FEMMES EN COUCHES.

M. Guéniot (1), dans une excellente thèse sur certaines éruptions dites miliaires et scarlatiniformes des femmes en couches, ou la scarlatinoïde puerpérale, démontre que des éruptions fort diverses ont été depuis longtemps signalées chez les femmes en couches.

C'est vers le XVIIe siècle surtout qu'on en décrit les caractères et discute la nature, et à la fin du siècle dernier la miliaire est regardée comme symptomatique et secondaire.

Les éruptions des femmes en couches sont :

1° L'herpès aux lèvres, nez, paupières, mamelon (sans importance).

2° Des rougeurs érysipélateuses ressemblant aux érysipèles lymphatiques, et sous des indices d'infection purulente.

3° Les *sudamina*, tantôt indépendant de tout état morbide, tantôt dans le cours des formes typhoïdes ou dans les éruptions scarlatinoïdes.

4° La roséole et la miliaire sudorale.

5° Les éruptions scarlatinoïdes ou miliaires avec ou sans fièvre.

7° Enfin les éruptions phlycténoïdes, beaucoup plus rares.

L'éruption scarlatinoïde, que M. Guéniot a surtout étudiée

(1) Guéniot, thèse de doctorat. Paris, 1862.

est. ou primitive ou secondaire, symptomatique d'une affection puerpérale.

Elle apparaît du troisième au cinquième jour aux aines, au bas-ventre, aux aisselles, caractérisée par une rougeur uniforme, couverte de *sudamina*, comme la scarlatine elle-même et s'accompagne d'une réaction fébrile assez accusée. Au bout de huit à douze jours, tantôt elle se dissipe, tantôt, au contraire, la mort survient, causée évidemment par l'épidémie puerpérale.

L'état puerpéral constitue une prédisposition à contracter cette affection, mais seulement dans la période consécutive à l'accouchement. Ce fait est d'ailleurs admis pour la scarlatine elle-même (Trousseau, Dezanneau, Sean). Vient en second lieu l'influence de l'épidémie de fièvre puerpérale, sans que les faits connus jusqu'alors puissent permettre de traiter la question de la contagion de ces éruptions.

Le diagnostic est facile, et le pronostic est le même, si l'affection est primitive; et il est subordonné à l'affection initiale, si l'éruption est secondaire.

M. Guéniot, après avoir établi, dans un parallèle, les éruptions de scarlatine vraie et celles de scarlatinoïde, se demande si celle-ci n'est pas à celle-là ce que la varioloïde est à la variole.

ÉCLAMPSIE.

Sous le nom d'*éclampsie*, on doit comprendre une affection puerpérale (c'est-à-dire survenant pendant la grossesse, pendant ou après l'accouchement), caractérisée par une série d'accès de convulsions générales avec abolition plus ou moins complète et plus ou moins prolongée des fonctions intellectuelles et sensorielles.

Cette maladie est assez rare. Suivant madame Lachapelle,

il y aurait à peu près un cas sur 200 accouchements (1). Les accoucheurs anglais donnent les chiffres suivants : un cas sur 485 accouchements.

L'éclampsie est très-rare avant les trois derniers mois de la gestation. Le plus souvent elle se déclare pendant le travail et on l'observe un peu plus communément après l'accouchement que pendant la grossesse, c'est-à-dire quelques heures ou même quelques jours après la délivrance.

Connues depuis quelques années, les causes sont distinguées en prédisposantes et occasionnelles.

La principale cause prédisposante (je dirais presque la seule) est l'existence d'albuminurie chez les femmes enceintes.

En effet, toutes les éclamptiques sont albuminuriques (Imbert-Gourbeyre; cependant, M. Depaul a signalé quelques exceptions); mais la réciproque n'est point vraie, car sur 6 femmes enceintes albuminuriques, l'éclampsie ne s'observe guère qu'une fois. Les conditions qui produisent l'albuminurie sont les plus favorables à la production de l'éclampsie, l'état de primiparité, le rachitisme qui amène la conformation vicieuse du bassin, le volume exagéré du fœtus, sa conformation monstrueuse, la grossesse gémellaire, l'hydropisie de l'amnios, peuvent, suivant Rayer, former à la longue une hypérémie, puis une inflammation des reins par la compression de la veine rénale, par la tumeur utérine.

L'altération du sang caractérisée par la présence de l'urée en excès (urémie) paraît être une cause puissante d'accidents convulsifs de l'éclampsie?

Les causes occasionnelles peuvent être rangées sous deux groupes :

(1) Mme Lachapelle, *Pratique des accouchements*.

1° Irritation *directe* des nerfs de l'utérus ou de la cavité pelvienne : primiparité, conformation vicieuse du bassin, des voies génitales, du fœtus, hydropisie de l'amnios, grossesse gémellaire, spasme utérin, etc ; toutes les circonstances qui compliquent la délivrance (enkystement et adhérences du placenta, caillots volumineux dans l'utérus, renversement de cet organe).

2° Irritation nerveuse *sympathique* : accumulation de fèces ; helminthes, corps étrangers dans l'intestin ; indigestion ; rétention d'urine.

Les anciens auteurs admettent encore un grand nombre de causes dont l'influence est très-douteuse : habitation des villes, vêtements serrés, nourriture succulente, coït, passions déprimantes, etc. Ajoutons que l'épilepsie ne prédispose pas, comme on l'a dit, à l'éclampsie.

Symptômes. — Ils se divisent en symptômes prodromiques et symptômes des accès :

1° Symptômes prodromiques : ils sont importants parce qu'ils existent presque toujours et qu'ils précèdent pendant un ou deux mois l'attaque éclamptique. En première ligne, on doit citer l'albuminurie, qui toutefois n'amène pas nécessairement l'éclampsie ; puis le caractère irascible, la diminution de la mémoire, de l'intelligence, l'hémicrânie ; quelquefois aussi des vomissements, des vertiges, des éblouissements et des tintements d'oreilles, des douleurs épigastriques, etc., et particulièrement, une céphalalgie intense, sur la valeur de laquelle M. Pajot insiste beaucoup dans ses cours.

2° Symptômes de l'accès : tout à coup le regard est fixe, la face est agitée de tressaillements musculaires, de grimaces multiples, et bientôt les convulsions deviennent plus prononcées, les muscles des membres et du tronc se convulsent, mais les contractions des extenseurs l'emportent sur

celles des fléchisseurs : les bras sont étendus, le poing est fermé, le pouce fléchi dans la paume de la main, le tronc est dans une extension permanente, ainsi que les membres inférieurs. Aux convulsions toniques succèdent les convulsions *cloniques* (mouvements brusques d'extension et de flexion) ; la respiration devient pénible et bruyante, avec suspension et diminution de l'hématose et amène la coloration bleuâtre de la face, le gonflement de la tête et du cou, la dilatation des veines jugulaires. On observe encore la contraction convulsive des masséters, la formation d'écume épaisse, colorée par du sang provenant des morsures faites à la langue.

Il existe, en outre, un spasme du pharynx qui rend la déglutition impossible.

Au début, le pouls est plein et dur, plus tard, petit et presque insensible ; la peau est d'abord sèche, puis couverte d'une sueur abondante annonçant la terminaison prochaine de l'accès.

Pendant l'accès, l'insensibilité est complète ; l'utérus, tantôt reste inerte, tantôt expulse rapidement le fœtus, sans que la femme en ait conscience.

Les accès convulsifs se manifestent presque toujours au début d'une douleur (contraction utérine). Leur disparition n'est jamais soudaine ; ils sont le plus souvent multiples et se suivent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Leur durée varie d'une à six ou huit minutes.

Dans l'intervalle, la prostration diminue progressivement, les fonctions intellectuelles se rétablissent peu à peu quand le calme est revenu ; mais si leur succession est rapide, la malade finit par rester dans le coma, d'où elle n'est retirée que par de nouvelles convulsions.

Terminaison. — La guérison succède d'ordinaire aux accès éloignés, peu nombreux et de courte durée ; mais elle

ne s'obtient pas sans laisser derrière elle un affaiblissement plus ou moins considérable, plus ou moins long, des facultés intellectuelles, de la mémoire en particulier.

La mort qui survient dans la période convulsive, est due à l'asphyxie, elle est le résultat de la congestion cérébrale ou de l'apoplexie quand elle arrive dans la période de coma. Peut-elle être causée par un arrêt dans les mouvements du cœur? (Aran.)

L'éclampsie peut amener à sa suite des complications diverses : rupture de l'utérus, congestion, apoplexie cérébrale, méningite, congestion pulmonaire.

Diagnostic. — Il doit être fait avec l'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, le tétanos, l'apoplexie, l'ivresse.

L'*hystérie* s'en distingue par l'absence de convulsions toniques, par la sensation d'une boule, par la durée ordinairement plus longue de l'attaque et l'absence de coma. Le plus souvent, après l'accès d'hystérie, les malades sont sujettes à des cris, des pleurs, des rires inconsidérés.

L'*épilepsie* est très-difficile à distinguer de l'éclampsie; dans l'éclampsie pas de cri initial, et surtout présence d'albumine dans l'urine; mais une femme épileptique peut être éclamptique. La connaissance des antécédents éclairera beaucoup le diagnostic : coma moindre ou nul après l'attaque d'épilepsie.

La catalepsie, le tétanos s'en distinguent facilement.

Pronostic.—Il est très-grave : suivant madame Lachapelle et Prestat, la moitié des femmes succomberaient; d'après Cazeaux et Braun, le tiers seulement. Il est impossible de baser le pronostic sur la quantité d'albumine contenue dans l'urine (Imbert-Gourbeyre), tel n'est pas l'avis de M. Blot. La diminution de l'œdème vers la fin de la grossesse est un symptôme fâcheux, une prédisposition probable à l'urémie (Braun, Frerichs). Les conditions qui aggravent le pronostic

sont : l'époque avancée de la grossesse, le degré du travail, la persistance du coma, l'absence des douleurs, l'accélération du pouls, la dyspepsie, etc. Quand les accidents ont disparu, l'albumine diminue, en général, rapidement et disparaît au bout de cinq ou six jours. Parfois l'albumine persiste dans l'urine plusieurs semaines après l'accouchement. Dans ce cas, des affections chroniques définitives des reins ont succédé aux maladies aiguës et transitoires.

L'éclampsie est aussi grave pour le fœtus que pour la mère, et devient une cause fréquente d'avortement ou d'accouchement prématuré ; le fœtus succombe très-souvent par suite des troubles apportés dans la circulation maternelle pendant les accès éclamptiques.

L'enfant lui-même peut être affecté de convulsions mortelles avant ou après son expulsion. Lingson a signalé d'ailleurs l'albuminurie chez les nouveau-nés dont les mères étaient éclamptiques.

Le traitement devra avoir pour but de prévenir l'éclampsie par une bonne hygiène, des toniques ; la saignée et les laxatifs ont été conseillés afin de guérir l'éclampsie une fois déclarée. Au premier rang, les émissions sanguines locales ou générales, les purgatifs, les révulsifs, le chloroforme, et l'expulsion du fœtus par tous les moyens rationnels à mettre en pratique, suivant l'époque de la grossesse, du travail, etc., etc.

MANIE.

Le système nerveux, modifié primitivement par la grossesse au point de provoquer les idées les plus étranges et les moins en rapport avec les habitudes et l'éducation de certaines femmes (tristesse inaccoutumée, mélancolie, idées

fixes de mort prochaine, etc., etc.), peut être parfois troublé jusqu'à la folie.

La rareté de la folie puerpérale, relativement au nombre des femmes accouchées, peut s'apprécier par les résultats suivants publiés dans le *Traité* de Marcé (1).

Sur 3500 accouchées à *General Lying-in Hospital Westminster*, où les malades restent trois semaines après l'accouchement, 9 ont été atteintes de folie (docteur Reid); sur 2000 cas (docteur Greaun) observés à *Queen-Charlotte's Lying-in Hospital*, 11 cas. Cette proportion plus grande s'explique, d'après le docteur Gream, par le nombre considérable de filles-mères dans cet hôpital, la plupart dans les dispositions morales les plus fâcheuses et abandonnées de leur séducteur.

Sur 950 cas (*Lying-in Wards of S. Gilles Infirmary*, 1 seul cas de folie puerpérale.

Sur une autre série, 1888, idem, 1 cas. Enfin sur 1000 cas (M. Béhier), 1 seul cas très-léger également.

Cette maladie, qui se voit rarement chez les femmes enceintes, est plus fréquente chez les nouvelles accouchées. Sur 310 cas de folie puerpérale, L. V. Marcé, qui a publié une excellente monographie sur la question, en a trouvé 27 développés dans la grossesse, 180 à la suite de l'accouchement et 103 pendant la lactation.

La folie des femmes enceintes peut débuter, soit au moment de la conception, soit pendant le cours de la grossesse. Sur 19 malades dont l'histoire a été rapportée par Marcé, 8 fois la folie a coïncidé avec le moment de la conception. Dans les 11 autres cas, la folie s'est développée dans le cours de la grossesse : 3 fois au troisième mois, 1 fois au qua-

(1) L. V. Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, etc.* Paris, 1858.

trième, 3 fois au sixième, 2 fois au septième, 2 fois à une époque qui n'a pu être précisée.

De toutes les formes observées la mélancolie est la plus fréquente.

La terminaison est très-variable. Sept fois l'accouchement est le point de départ de la guérison ; 2 fois seulement elle eut lieu pendant le cours même de la grossesse, 9 fois la maladie resta incurable ou ne disparut que longtemps après la délivrance. Enfin, dans 1 cas l'accouchement exaspéra le délire, et la mort survint rapidement. Les rechutes sont à craindre. Montgommery a vu une femme devenir folle à trois grossesses successives ; dans un autre cas, la manie se reproduisit dans huit grossesses et ne disparaissait qu'après la délivrance. Certaines femmes ne deviennent folles qu'à l'une de leurs grossesses. (Notes du docteur S. Tarnier.)

De plus, si la malade était folle avant la conception, la manie devient d'une gravité extrême et présente une marche plus rapide. Il ne faut donc pas conseiller le coït aux femmes aliénées.

Le travail, alors que les douleurs sont déchirantes, provoque souvent des perturbations profondes dans l'intelligence. On voit alors les malades s'agiter et pousser des cris insensés.

Parfois un véritable délire maniaque peut éclater. Dans un cas, Tarnier a vu à la Clinique des accouchements une femme en travail tourmentée pendant une à deux minutes par des hallucinations complètes et effrayantes.

Les nourrices, comme les nouvelles accouchées, peuvent être atteintes de cette folie puerpérale.

L'hérédité, les grossesses nombreuses, l'âge avancé des femmes en couches, les accès antérieurs de folie, l'éclampsie

et le rétablissement de la menstruation en sont les causes prédisposantes.

Tantôt le début en est subit ; tantôt, au contraire, la folie est précédée par une accélération du pouls, de la chaleur à la peau, de la sécheresse de la langue, de la soif, et de tout l'appareil symptomatique des pyrexies.

C'est la manie, la mélancolie et la folie partielle qui d'ordinaire sont les formes les plus fréquentes de cette affection. Elle se termine par la guérison, l'incurabilité et dans quelques cas rares par la mort. La guérison est de toutes les terminaisons la plus fréquente ; elle s'observe dans les deux tiers des cas, et cela au bout d'un mois, quelquefois six mois, plus rarement un à deux ans. Traitement, surveillance, éloigner les enfants (Marcé).

TÉTANOS.

Le tétanos a toujours été considéré à juste titre comme très-rare dans l'état puerpéral. Aussi l'a-t-on à peine signalé dans les traités d'accouchement.

Cependant le docteur Simpson en a réuni un nombre d'observations suffisant pour montrer qu'on doit en tenir compte.

D'après ce chirurgien éminent, le tétanos peut survenir après l'avortement, mais il n'est pas spécial à la première grossesse, ni à aucune époque de la grossesse. Dans les 7 cas du docteur Simpson (1), celui du docteur Tyler (2) et du docteur Dossabhoy (3), quelques-unes des malades avaient eu plusieurs grossesses, et l'époque de l'avortement variait chez toutes. L'espace de temps qui s'écoulait entre la fausse couche et l'invasion du tétanos était aussi variable, il oscillait entre trois et quinze jours. Dans tous ces cas, aussi bien que

(1) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, février 1854, p. 97.
(2) Tyler, *Dublin Journal*, p. 560, new series, 1856.
(3) Dossabhoy, *British and foreign medico-chirurgical Review*.

dans ceux des docteurs Moore (1) et Annan (2), toutes les malades moururent en soixante heures, soixante-dix heures, le troisième jour, le quatrième, le septième, le onzième, le treizième, à l'exception d'une seule, celle du docteur Dossabhay qui guérit rapidement.

La fausse couche dans ces observations n'avait rien présenté de spécial. Dans un seul cas, hémorrhgaie grave et tamponnement.

Les symptômes du tétanos furent normaux. Dès le début, roideur des mâchoires, et plus tard opistothonos et contraction tonique de tous les muscles du corps.

Dans tous les cas relatés, la plaie utérine était régulière, l'utérus non enflammé. Des autopsies faites avec grand soin ont permis de vérifier cette assertion, et la cause comme les lésions du tétanos sont encore à trouver.

Après l'accouchement, le *tétanos* est plus fréquent. Le docteur Simpson a pu en recueillir 18 observations, et Churchill en possède 232, recueillies par Waring et d'autres.

Cette affection n'est pas plus fréquente après le premier qu'après les accouchements subséquents. Il est très-rare que les accès nerveux surviennent avant la fin du premier septénaire.

D'après les relevés de Simpson, l'accès est survenu

1 fois le	.....	2e jour.
1 —	.....	3e —
1 —	.....	4e —
4 —	.....	5e —
1 —	.....	6e —
1 —	.....	7e —
2 —	.....	14e —
1 —	.....	17e —

1 fois après 3 ou 4 semaines.
1 fois 7 semaines après la délivrance.

(1) Moore, *Dublin Journal*, 1856.
(2) Annan, *Edinburgh medical Journal*, 1856.

Dans le relevé de Waring (1), sur 232

7	femmes	le.....	1er jour.
32	—	.....	2e —
29	—	.....	3e —
23	—	.....	4e —
22	—	.....	5e —
32	—	.....	6e —
15	—	.....	7e —
14	—	.....	8e —
15	—	.....	9e —
14	—	.....	10e —
2	—	.....	11e —
9	—	.....	12e —
4	—	.....	13e —
1	—	.....	14e —
1	—	.....	17e —
1	—	.....	18e —

A Bombay, le gouvernement britannique a fait enregistrer les cas de cette nature, et l'on a pu en compter 102, toujours distribués ou à peu près comme précédemment. Quelques observations publiées *in extenso* par le docteur Churchill, ont exactement la même symptomatologie que le tétanos chirurgical. Le froid, les violences extérieures, paraissent avoir été les causes déterminantes et les plus usuelles. A cet égard, rien de précis; tout repose sur des rapprochements et des suppositions gratuites.

Le traitement employé a été très-divers, les narcotiques, le chloroforme, les sangsues. Sans aucun succès, mais en trois années à Bombay, Waring a pu compter jusqu'à 232 décès produits par le tétanos seul.

Les maladies intercurrentes affectent toutes une tendance à la forme typhoïde et à la suppuration.

(1) Waring, *Indian Annals et British and foreign medico-chirurgical Review*, 1855.

TROISIÈME PARTIE

LACTATION

M. le professeur Monneret (1) prolonge la puerpéralité au delà des limites qui lui étaient jusqu'alors assignées. La lactation est la troisième et dernière période de l'état puerpéral. Toutefois, si le rétablissement de la menstruation est régulier et influe d'une manière notable sur la quantité et la qualité du lait de la nourrice, l'état puerpéral a cessé ; il faut suspendre l'allaitement. Tel est, pour M. Monneret, le véritable terme de la puerpéralité.

Toutes les idées entièrement neuves et originales sur cette question lui appartiennent en propre, nous nous contentons de les résumer ici.

La lactation prolongée exerce une influence bien marquée sur la santé des nourrices dont la constitution n'est pas excellente. — Déjà affaiblies par la grossesse et la parturition, on les voit pâlir, devenir sujettes à des bouffissures et prendre le chemin de la chloro-anémie la plus prononcée.

Ce n'est pas tout, la lactation agissant comme cause débilitante, aggrave le plus souvent les maladies antérieures, les névroses, l'hystérie, l'épilepsie, la manie. Marcé, dans son *Traité de la folie chez les femmes enceintes et les nourrices*, a bien étudié cette question de pathologie spéciale, et il n'hésite pas pour sa part à considérer également la nourrice comme étant dans un état puerpéral prolongé. Voici le résultat de ses recherches. La folie chez les nourrices apparaît

(1) *Cours de pathologie interne*, 1866 (Notes de M. Lafaurie), et *Traité de pathologie générale*. Paris, 1837.

du huitième au vingtième mois après l'accouchement. Moins fréquemment on la voit survenir dans les six à sept premières semaines qui suivent la parturition. Cette folie spéciale prend les caractères de manie, monomanie, mélancolie, mais sans offrir jamais de durée prolongée; en somme, le pronostic n'est point sérieux.

Quant à la phthisie que la grossesse n'active ni ne retarde, comme nous l'avons dit dans le chapitre des malades de la première période, en invoquant à cet égard les opinions de M. le professeur Grisolle, elle semble, pendant la lactation, subir l'influence générale des causes débilitantes qui en sont la conséquence.

La syphilis serait dans le même cas; et sans croire que l'affection puisse se transmettre par le lait seul, il semble généralement admis aujourd'hui que les accidents constitutionnels secondaires, transmissibles de leur nature, réapparaissent souvent pendant une longue période sous l'influence des excitants locaux et des épuisements généraux. Deux circonstances qui seraient réalisées, l'une au sein, l'autre sur l'économie tout entière par l'allaitement, à la condition, toutefois, que la nourrice soit encore en puissance de syphilis secondaire.

Enfin, l'apparition de maladies intercurrentes : pleurésie, pneumonie, rhumatisme, etc., etc., modifiera encore cette troisième période, et, en dehors de la suspension de la sécrétion du lait, le médecin, dans son pronostic comme dans son traitement, devra faire entrer en ligne de compte les conditions de résistance actuelle de la malade. Bien pénétré de ces idées, les indications thérapeutiques seront généralement toutes tracées, et les médications devront être puisées dans la classe des toniques.

CONCLUSIONS

Me voici arrivé au terme de cette longue étude qui embrasse le cadre le plus considérable de la pathologie de la femme. Malgré la fatigue que j'éprouve, je ne puis me résoudre à clore brusquement ce travail sans jeter un regard rétrospectif sur l'ensemble des faits considérables que j'ai dû recueillir et grouper dans cette thèse pour remplir le but que je me proposais.

Les maladies puerpérales comprises sous une aspect aussi large, me semblent d'une étude plus facile et d'une interprétation plus logique et plus pratique. Si la vieille doctrine des métastases laiteuses, des lochies, ne régnait plus depuis longtemps dans les doctrines médicales, il faut avouer que, sans les découvertes contemporaines, bien des faits restaient encore dans le chaos et les ténèbres. Pour ne prendre que quelques exemples de maladies puerpérales, il suffit de citer les altérations du sang, des urines, des os, du cœur, les concrétions veineuses, les embolies, les morts subites, les affections locales des organes du bassin, qui ont été l'objet, dans ces derniers temps, de travaux si précieux. Aujourd'hui toutes ces maladies étranges auxquelles un trait d'union faisait complétement défaut, reçoivent des lumières de la science une physionomie bien dessinée. Il est permis de suivre l'ordre et la progression des altérations des organes, des liquides depuis les premiers temps de la gros-

sesse jusqu'à la parturition, et arrivé là, le médecin sait qu'il n'est plus seulement aux prises avec un accident, un traumatisme chirurgical. L'économie tout entière est dominée par des modifications générales et profondes au moment où s'accomplit le grand travail de la parturition. Dès lors, tout s'enchaîne, l'atonie des tissus, les aptitudes morbides, le caractère particulier des manifestations qui surgissent. L'homme de l'art, en présence de la femme en couches, n'est plus seulement un chirurgien ; il ne considère plus la nouvelle accouchée comme une opérée qui a subi de grandes douleurs et des hémorrhagies abondantes ; sa pensée s'étend au delà. Les douleurs, la plaie et les hémorrhagies utérines sont venues porter le dernier coup à un ébranlement antérieur dont l'origine remonte loin et dont les désordres doivent se réparer lentement. Ce n'est plus une plaie qui se cicatrise, c'est une organisation épuisée qui recouvre ses forces perdues ; et cet affaiblissement, on ne saurait trop le redire, a exercé son action aussi intimement que possible sur la nutrition comme sur les forces vives de l'organisme tout entier.

Comme on le voit, si la fièvre puerpérale a occupé une large place ici, elle ne m'a pas détourné du point de vue général auquel je me suis constamment efforcé de me placer dans l'étude des maladies puerpérales.

L'INDEX ci-joint est emprunté au volume de la fièvre puerpérale :

Communications à l'Académie, 1858.

Les autres indications se trouvent à chaque maladie en particulier,

---

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE

DES PRINCIPAUX ÉCRITS PUBLIÉS SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Hippocrate. OEuvres, traduites par E. Littré. T. II, Épidémies, livre I. — T. III, livre III. — T. VIII, Maladies des femmes.

Spach (Is.). Gynœciorum, sive de mulierum tum communibus, tum gravidarum parientium et puerperarum affectibus et morbis. Argentorati, 1597, in-folio.

Cet ouvrage contient les écrits sur les maladies des femmes de Akakia, G. Albucasis, Bauhin, Bonavioli, Bottoni, Lebon, Lacorde, Mercado, Mercurialis, Monté-Moschion, A. Paré, Plater, Rocheus, Rousset, Ryff, Sylvius, Trincavelli, Trotusa.

Welsch et Sutzberger. Historia medica novum istum puerperarum morbum continens ipsis der friesel dicitur 1655. In A. Haller Disputationes ad morborum, t. V, p. 445 à 480.

Willis (Th.). Opera medica et physica, Lugduni, 1676, t. I, p. 175 et suiv., in-4.

Strother (Ed.). Criticon febrium, or a critical essay on fevers. London, 1718.

Peu. La pratique des accouchements. Paris, 1726, in-8.

Puzos (Nic.). Des maladies aiguës produites par les dépôts laiteux; à la suite de son Traité des accouchements. Paris, 1759, in-4, p. 367 à 394.

Denman (Th.). Essays on the puerperal fever and on puerperal convulsions. London, 1768, in-8.

Leake (John). Pratical observation on the Childbed fever. London, 1770, in-8.

Raulin. Traité des maladies des femmes en couches, Paris, 1771, in-12.

White (Ch.). Avis aux femmes enceintes et en couches ou Traité des moyens de prévenir et de guérir les maladies qui les affligent dans ces deux états. Paris, 1774, in-12.

Kirkland (Th.). A. Treatise on Childbed fever. London, 1774, in-8.

Hulme (Nath.). A Treatise on the puerperal fever. London, 1772, in-8.

Gastelier (R.-G.). Traité de la fièvre miliaire des femmes en couches. Paris, 1779, in-8.—Des maladies aiguës des femmes en couches. Paris, 1812, in-8.

Doulcet (D.-C.). Mémoire sur la maladie qui a attaqué en différents temps les femmes en couches à l'Hôtel-Dieu de Paris. Paris, 1782, in-4.

WALTER. Des maladies du péritoine (Nouveaux mémoires de l'Académie des sciences de Berlin, année 1782), in-4, avec 2 planches.

ERMERINS (J.-p.). Dissertatio medica de febre vulgo dicta puerperali pro singulari specie non habenda, Lugduni Batav. 1782, in-4.

DELAROCHE. Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale. Paris, 1783, in-12.

FRANK (J.-P.). De venesectionis apud puerperas abusu, in Delectus opusculorum. Ticini, 1787, t. IV, p. 9 et suiv.

NOLTE (E.-C.). Dissertatio e febre puerperarum, in Frank, Delectus opusculorum. Ticini, 1788. V, p. 1 à 69.

DOUBLET. Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale. Paris, 1791, in-12.

PLESMANN (Fr). La médecine puerpérale, ou des accidents de la maternité. Paris, 1797, in-12.

CLARKE (J.). An Essay on the epidemic disease of Lying in Women, on the Years 1787 and 1788. London, 1788, in-4. — Pratical essays on the menagemen, and on the inflammatory and febrile diseases of Lying in Women. London. 1793, in 8.

CHAMBON (N.). Maladies des femmes en couches. Paris, an VII. De la fièvre putride, t. II, p. 227.

GUINOT. Mémoire sur l'emploi du carbonate de potasse dans les fièvres puerpérales (Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, an VIII, t. VII, p. 1 et suiv.).

VIGAROUS (J.-M.-J.). Cours élémentaire de maladies des femmes. Paris, 1801. De la fièvre puerpérale, t. II, p. 376 à 487.

GASC (J.-Ch.). Dissertation sur la maladie des femmes à la suite des couches, connue sous le nom de fièvre puerpérale. Paris, 1801, in-8. — Réimprimé à la suite du Traité de l'art d'accoucher de G.-G. Stein. Paris, 1804, t. II, p. 183 à 290.

PUJOL (A.). Mémoire sur une fièvre puerpérale (OEuvres de médecine pratique. Castres, 1802, ou Paris, 1823, t. IV, p. 277.

LAENNEC (R.-Th.-H.). Histoires d'inflammation du péritoine (Journal de médecine de Corvisart, Leroux et Boyer. Paris, 1802, t. IV, p. 499 à 547; t. V, p 3 à 59).

SCHWEIGHAEUSER (J.-F.). Catalogue systématique des écrits relatifs à la médecine puerpérale qui ont paru depuis 1785 à 1800 (Archives de l'art des accouchements. Strasbourg, 1802, t. II, p. 194 à 320). — Tablettes chronologiques de l'histoire de la médecine puerpérale. Strasbourg, 1806, in-12.

LOBSTEIN (J.-F.). De la fièvre puerpérale (thèse). Paris, an XII, in-4.

ROUTIER (J.-B.). Considérations sur la maladie des femmes en couches dite fièvre puerpérale. Paris, 1803, in-8 de 48 pages.

MERCIER. Existe-t-il une fièvre puerpérale. Paris, 1804, in-8.

ROBERT (L.-J.-M.). Nouvelles vues physiologiques sur la nature et le traitement

de la fièvre puerpérale. Marseille, 1812 (pag. 361 à 445 de son ouvrage l'Art de prévenir le cancer au sein).

Bayrhoefer (C.-F.). Bemerkungen ueber das epidemische Kindbetter-innenfieber Francfort, 1812, in-8.

Naegele (F.-K). Schilderung des Kindbettfiebers, Heidelberg, 1812, in-8.

Hey (W.). A. Treatise on the puerperal fever. Illustrated by cases, which occured in Leeds and its vicinity, in the Years 1807 and 1812. London, 1815, in 8.

Sédillot (A.-J.). Recherches historiques sur la fièvre puerpérale. Paris, 1817, in-4.

Legouais. Réflexions et observations sur l'emploi des saignées et des purgatifs dans le traitement de la fièvre puerpérale (thèse). Paris, 1819, in-4.

Armstrong (J.). Facts and observations relative to the fever commonly called puerperal. London, 1819, in-8.

Vandenzande. Considérations pratiques sur la fièvre puerpérale. Anvers, 1821, in-8.

Mackintosh (J.). A Treatise on the disease termed puerperal fever. Edinburgh, 1822, in-8.

Campbell (W.). A Treatise on the epidemic puerperal fever, as it prevailed in Edinburgh in 1821-1822. With an Essay of the Dr Gordon, on the puerpera. fever of Aberdeen in 1789-1792. Edinburgh, 1822, in-8.

Scoutetten. Mémoire sur l'anatomie pathologique du péritoine (Archives de médecine. 1823 et 1824, t. III, p. 497; t. IV, p. 386; t. V, p. 537).

Gardien. Traité complet d'accouchements, et des maladies des filles, des femmes, etc. Paris, 1824, t. III, p. 349 et suiv.

Ribes (F.). Exposé sommaire de quelques recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques (Mémoires de la Société médicale d'émulation. Paris, 1817-t. VIII, p. 604 à 674). — Recherches sur la phlébite (Revue médicale, Paris, 1825, t. III, p. 5).

Siebold (A.-E.). Versuch einer pathol. und therap. Darstellung der Kindbettfiebers. Francfort, 1826, in-8.

Velpeau. Mémoires sur l'emploi des frictions mercurielles dans le traitement de la péritonite puerpérale (Revue médicale. 1827, t. I, p 5, 41; Archives de médecine. 1829, t. XIX, p. 535). — Recherches et observations sur l'altération du sang dans les maladies (Revue médicale. 1826, t. II, p. 440; t. IV, p. 212; 1827, t. II, p. 216).

Dugès (A.). Mémoire sur la péritonite puerpérale. (Journal hebdomadaire de médecine. Paris, 1828 et 1830, t. I et VI.)

Dance (J.-B.) Essai sur la métrite aiguë puerpérale (thèse). Paris, 1824, in-4. — De la phlébite utérine et de la phlébite en général, considérées sous le rapport de leurs causes et de leurs complications (Archives de médecine, 1828, t. XVIII, p. 473, et XIX, p. 5. 161). — Observations sur plusieurs affections de l'utérus (Archives de médecine, 1829, t. XX, p. 521, t. XXI, p. 190).

Gooch. An account of some ofc the most important diseases of Women. London, 1829, in-8.

Lugol. Observations de péritonites puerpérales, recueillies à l'hôpital Saint-Louis (Journal des progrès des sciences médicales, 1829, t. XIX, p. 187 à 230).

Colon. Péritonite guéric par les frictions mercurielles (Journal universel des sciences médicales. Paris, 1829, n° de septembre).

Danyau (A.). Essai sur la métrite gangréneuse (thèse). Paris. 1829, in-4.

Tonnelé. Traitement de la fièvre puerpérale, et en particulier des saignées locales en général, etc. (thèse), Paris, 1830, in-4. — Des fièvres puerpérales observées à l'hospice de la Maternité en 1829 (Archives générales de médecine. Paris, 1830, t. XXII, XXIII).

Legallois (E.). Des maladies occasionnées par la résorption du pus (Journal hebdomadaire de médecine. Paris, 1829, t. III, p. 166, 321). — Sur la fièvre puerpérale. Paris, 1830, in-8.

Baudelocque (A.-C.) Traité de la péritonite puerpérale. Paris, 1830, in-8.

Conquest (J.-T.). Observations on the puerperal inflammation commonly called puerperal fever (The London medical and surgical journal, 1830, t. V).

Récamier. Recherches sur les maladies puerpérales (Revue médicale. 1831, t. I, p. 5, 176).

Puntous. — Cas de péritonite puerpérale, suivie d'ascite et de perforation spontanée des parois abdominales (Revue médicale. 1832, t. II, p. 222).

Vest (V.). Considérations sur la nature et les causes de la maladie appelée fièvre puerpérale, fondée sur des observations cliniques. Strasbourg, 1832, in-4.

Nonat. Sur la métro-péritonite puerpérale compliquée de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, Thèse. Paris, 1832, in-4.

Lee (R.). Researches on the Pathology and Treatment of some of the mast important diseases of women. London, 1833, in-8.

Cruveilhier (J.). Anatomie pathologique du corps humain, XIIIe Livraison. Contenant : Des maladies des femmes en couches en général, et du Typhus puerpéral en particulier, avec 3 planches coloriées, présentant les caractères de la maladie observée pendant près de trois ans de pratique, à l'hospice de la Maternité (1830-1832).

Bernier-Fontaine. Typhus puerpéral observé à la Maternité en 1831, Thèse. Paris, 1835, in-4.

Bright (R.). Cases and observations illustrative of diagnosis when adhesions have taken place in the peritoneum (Medico-chirurgical Transactions of London. London, 1835, t. XIX, p. 176).

Duplay. De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus à la suite de l'accouchement (Archives de médecine, 2e série. Paris, 1836, t. X, p. 308).

Moore (G.). Inquiry into the pathology, causes and treatment of puerperal fever. London, 1836, in-8.

Alexander (J.). Medical commentaries on puerperal fever. London, 1836, in-8.

Eisenmann (G.). Die Kindbettfieber, ein naturhistor. Versuch, Erlangen. 1834, in-8. — Die Wund-fieber und die Kindbettfieber, Erlangen. 1837, in-8.

Mercier (L.-A.). De la péritonite considérée comme cause de stérilité chez les femmes (Gazette médicale. 1838, p. 577).

Sidey. Observation sur les rapports qui existent entre la péritonite puerpérale et quelques autres affections inflammatoires qu'on observe souvent en même temps (Gazette médicale, 1839, p. 74).

Ferguson (R.). Essays on the most important Diseases of women. Part. I, Puerperal fever, London, 1839, 1 vol. in-12.

Voillemier. Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques pendant l'année 1838 (Journal des connaissances médico-chirurg. Paris, 1840).

Helm (Th.). Traité des maladies puerpérales. Paris, 1840, in-8.

Raciborski (A.). Histoire des découvertes relatives au système veineux envisagé sous le rapport anatomique, physiologique, pathologique et thérapeutique (Mémoires de l'Académie de médecine. Paris, 1841, t. IX, p. 447 et 654).

Bourdon (H.). Notice sur la fièvre puerpérale et sur ses différentes formes observées à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1840 (Revue médicale. Paris, 1841, t. II, p. 348.)

Lasserre (J.-B.-H.). Recherches cliniques sur la fièvre puerpérale faites à la Maternité, Thèse. 1842.

Bouchut (E.). Études sur la fièvre puerpérale (Gazette médicale de Paris). 1844, p. 85, 101, 149.

Ducrest. Recherches sur une production osseuse à la surface du crâne chez les femmes mortes en couches (Mémoires de la Société médicale d'observation. Paris, 1844, t. II, p. 381 à 432).

Moreau (Alexis). Recherches sur la fièvre puerpérale épidémique observée à la Maternité de Paris, en 1843 et 1844, Thèse. Paris, 1844, in-4.

Besançon (E.-M.-V.) De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1844, in-4.

Botrel. Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale (Archives de médecine. 1845, 4e série, t. VII, p. 416; t. VIII, p. 1, 129).

D'Arcet (Félix). Recherches sur les abcès multiples et sur les accidents qu'amène la présence du pus dans le système vasculaire, suivies de remarques sur les altérations du sang. Paris, 1845. in-4.

Hersent (E.-E.) Recherches sur la composition du sang dans les fièvres puerpérales, Thèse. Paris, 1845, in-4.

Ducrest et H. de Castelnau. Recherches sur les cas dans lesquels on observe des abcès multiples, et comparaison de ces cas sous leurs différents rapports. Mémoires de l'Académie de médecine. Paris, 1846, t. XII, p. 1 à 451).

Bureau. De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1846, in-4.

Dufresne (Ed.). De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1846, in-4.

Le Ray. De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1846, in-4.

Nail. Dissertation sur la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1846, in-4.

Lefebvre (Aug.). De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1846, in-4.

Ozouf (A.-Th.). De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris. 1847, in-4.

Defolleville. De la fièvre puerpérale considérée sous le rapport de la prophylaxie, Thèse. Paris, 1847, in-4.

Masson. De la coïncidence des épidémies des fièvres puerpérales et des épidémies d'érysipèles; de l'analogie et de l'identité de ces deux maladies, Thèse. Paris, 1849, in-4.

Béhague (A.-E.). De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1849, in-4.

Gilson. De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1849, in-4.

Vernay (E.). De la fièvre puerpérale épidémique, Thèse. Paris, 1849, in-3.

Sédillot (C.). De l'injection purulente ou pyoémie. Paris, 1849, in-8, avec pl. col.

Wieger. Des moyens prophylactiques mis en usage au grand hôpital de Vienne contre l'apparition de la fièvre puerpérale (Gazette médicale de Strasbourg. 1849).

Duhamel. Considérations sur la fièvre puerpérale et sur les rapports pathologique, qui existent entre les mères affectées de cette maladie et leurs enfants, Thèse. Paris, 1850, in-4.

Leconte (O.). Sur le traitement de la fièvre puerpérale (Union médicale. Paris, 1851, p. 70, 86, 90, 94).

Arneth. Note sur le moyen employé par M. Semmeliveis pour empêcher le développement des épidémies puerpérales dans l'hospice de la maternité de Vienne (Annales d'hygiène publique. Paris. 1851, t. XLV, p. 281).

Joux (Am.). Sur l'insalubrité relative des hôpitaux, eu égard au traitement des maladies chirurgicales, et des meilleures conditions de salubrité des lieux destinés au traitement des maladies chirurgicales, Thèse. Paris, 1852, in-4.

Caboy. De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1853, in-4.

Decourcelle (M.-C.-H.). Quelques considérations sur les causes et le traitement de la fièvre puerpérale à l'état sporadique, Thèse. Paris, 1853, in-4.

Lorain (Paul). La fièvre puerpérale, chez la femme, le fœtus et le nouveau-né. Paris, 1855, in-4 de 204 pages.

Charrier (A.). De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1854 à la Maternité de Paris. Paris, 1855, in-4.

Leborgne (A.-R.). Quelques observations recueillies dans une épidémie de fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1856.

Maillart (E.-V.) De l'état puerpéral et de son influence sur les maladies, Thèse. Paris, 1856.

Simpson (J.-Y.). The obstetric memoirs and contributions, Edinburgh, 1856. Pathology of the Puerperal state, t. II, p. 1 et suiv.

Zandyck. Études sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque, de juin 1854 à mars 1855. Paris, 1856, in-8.

Lepetit. De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1856 à l'hôpital des Cliniques et à l'Hôtel-Dieu de Paris, Thèse. Paris, 1856, in-4.

Piédagnel. Moyen préservatif de la fièvre puerpérale (Union médicale. Paris, 1856, p. 588).

Barker. De l'usage du *veratrum viride* dans la fièvre puerpérale (Gazette hebdomadaire de médecine. Paris, 1857, t. IV, p. 881).

Lotz (de). De l'état puerpéral considéré comme cause d'endocardite; Rapport de M. Bouillaud (Bulletin de l'Académie de médecine. Paris, 1857, t. XXII, p. 744).

Barbrau (E.-A.-F.). De la métro-péritonite puerpérale et de son traitement par le sulfate de quinine à haute dose, Thèse, Paris, 1857.

Dumontpallier. De l'infection purulente et de l'infection putride à la suite de l'accouchement, Thèse. Paris, 1857, in-4.

Tarnier (Stéphane). Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches, Thèse. Paris, 1857, in-4.

Billoir. De la phlébite utérine puerpérale, Thèse. Paris, 1857, in-4.

Gallard. Qu'est-ce que la fièvre puerpérale? Paris, 1857, in-8, extrait de l'Union médicale.

Jacquemier. Étude et discussion sur la fièvre puerpérale (Gazette hebdomadaire de médecine. 1857, t. IV, p. 857; 1858, t. V, dans divers numéros des pages 145 à 482).

Dor (H.). Épidémie de fièvre puerpérale à Prague (Gazette hebdomadaire de médecine. 1858, t. V, p. 146).

Virchow. Études sur les maladies puerpérales qui ont régné à la Charité de Berlin (Gazette hebdomadaire de médecine. 1858, t. V, p. 516).

Wrotnowski (J.). De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1858, in-4.

Hélot. (Ch.). De la fièvre puerpérale, Thèse. Paris, 1858, in-4.

Mattei. Études sur la nature et le traitement des fièvres puerpérales, des résorptions purulentes et des résorptions putrides. Paris, 1858, in-8 de 51 pages.

Murphy (W.). De la fièvre puerpérale, trad. de l'anglais, par Gentil. Paris, 1858, in-8, 32 pages.

Béhier (J.). Étude sur la maladie dite fièvre puerpérale. Lettres adressées à M. le professeur Trousseau. Paris, 1858, in-8 de 204 pages. (Extrait de l'Union médicale.) — Leçons de Clinique médicale.

Pidoux. Notes sur la fièvre puerpérale, à l'occasion des débats académiques (Union médicale, 5 juin 1858 et suiv.).

Auber (Édouard). De la fièvre puerpérale devant l'Académie impériale de méde-

cine de Paris, et des principes du vitalisme hippocratique appliqués à la solution de cette question. Paris, 1858, de 110 pages.

Fleury (L.). La fièvre puerpérale et l'Académie impériale de médecine. Paris. 1858, in-8.

Tarnier (Stéphane). De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité, Paris, 1858, in-8 de 208 pages.

Mordret (A.-E.). De la mort subite dans l'état puerpéral (Mémoires de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, t. XXII, p. 153 à 330).

TABLE DES MATIÈRES

1° Introduction. — État puerpéral 3
2° Division du sujet 9

PREMIÈRE PARTIE.

GESTATION.

1° Troubles de l'appareil circulatoire (sang, cœur, fièvre des femmes grosses). 17
2° Troubles de l'appareil digestif (appétit, vomissements, foie)..... 18
3° Troubles du système nerveux (névralgies, paralysies)..... 23
4° Albuminurie 27
5° Hydropisies..... 33
6° Urémie 34
7° Troubles de sécrétion et de nutrition (urine, salive, ostéophytes, ostéomalacie, hypertrophie du corps thyroïde, relâchement des symphyses). 36
8° Maladies intercurrentes 40

A. — *Locales.*

Pneumonie..... 40
Ictère..... 41

B. — *Générales.*

1. Variole..... 43
2. Rougeole..... 44
3. Scarlatine 44
4. Fièvre typhoïde..... 44
5. Fièvre intermittente..... 45
6. Syphilis..... 46
7. Phthisie 47
8. Névroses 48
9. Cœur..... 48
10. Choléra..... 48

DEUXIÈME PARTIE.

PARTURITION.

A. — Maladies générales.

1° Fièvre puerpérale 49
2° Péritonite des nouveau-nés, influence de la fièvre puerpérale sur les blessés 113

B. — Maladies locales.

1° Organe de la génération (utérus et ses annexes) 120
2° Fosses iliaques 126
3° Phlébite suppurée et putrescence de l'utérus (infection purulente, infection putride) 128
4° Concrétions veineuses en général :
A. — Utérines 133
B. — Rénales 134
C. — Phlegmatia alba dolens 135
5° Trombose et embolie pulmonaire 145
6° Caillots dans le cœur 149
7° Morts subites 149
8° Endocardite ulcéreuse 153
9° Éruptions chez les femmes en couches 158
10° Éclampsie 159
11° Manie 164
12° Tétanos 167
13° Maladies intercurrentes 169

TROISIÈME PARTIE.

LACTATION.

Conclusions 172
Index bibliographique 175